

Prefazione

Gli studenti ritengono che questo testo sia di facile lettura e perfino gradevole da usare. Nondimeno questo è un testo serio, che tratta i concetti in modo approfondito. Inoltre, poiché gli infermieri hanno la necessità di acquisire al contempo una comprensione concettuale del processo infermieristico e la capacità pratica di pianificare e mettere in atto l'assistenza infermieristica, il testo affronta sia gli aspetti concettuali sia quelli pratici. Per esempio, il Capitolo 4 descrive il processo diagnostico e il Capitolo 5 spiega come formulare enunciazioni diagnostiche; i Capitoli 6 e 10 contengono spiegazioni dettagliate su come creare piani di assistenza per assistiti reali, mentre i Capitoli 6 e 7 trattano i concetti relativi alla pianificazione di risultati e di interventi. Inoltre questa edizione si caratterizza con diverse peculiarità:

- ◆ La terminologia del sistema tassonomico NANDA-I è aggiornata secondo le ultime linee guida.
- ◆ Il sito web collegato al testo (si veda l'interno della copertina per ulteriori informazioni) renderà disponibili quesiti e test a risposta multipla per verificare le proprie conoscenze e le proprie capacità di pensiero critico.
- ◆ Numerosi nuovi spunti di riflessione sono presenti in ogni capitolo e riassumono i concetti chiave.
- ◆ Nuove domande di verifica dell'apprendimento sono presenti in tutto il testo per sollecitare gli studenti a soffermarsi a pensare a ciò che hanno letto e appreso.
- ◆ Nuovi inserti con spunti di riflessione propongono agli studenti domande su cui riflettere e discutere in classe.

■ Contenuto

Il processo infermieristico fornisce un quadro concettuale di base, entro il quale gli infermieri applicano un mix unico di conoscenze, abilità e umanità che costituiscono l'arte e la scienza dell'assistenza infermieristica. L'obiettivo di questo libro è quello di promuovere l'attività professionale attraverso un uso efficace del processo infermieristico. A questo scopo esso integra, nella descrizione di ogni singola fase del processo, i seguenti aspetti:

- ◆ **Attività collaborativa e delega.** Il testo prende atto dell'evoluzione del processo infermieristico e dell'assistenza sanitaria, ponendo l'accento sulla pratica professionale integrata e approfondendo l'argomento dell'attribuzione/delega di compiti da parte dell'infermiere. Analogamente, vengono trattati estesamente il *case management* e i percorsi assistenziali.

- ◆ **Pensiero critico.** Il pensiero critico è importante per gli infermieri; forse lo è in misura diversa e con scopi diversi, ma sicuramente a tutti i livelli della pratica professionale. Il processo infermieristico costituisce un ottimo mezzo per stimolare il pensiero critico. Il Capitolo 2 presenta concetti del pensiero critico applicati all'assistenza infermieristica e i capitoli successivi integrano il pensiero critico nelle fasi di accertamento, diagnosi, pianificazione, gestione/attuazione e valutazione. Inoltre, le esercitazioni sul processo infermieristico sono concepite per sviluppare il pensiero critico durante l'apprendimento del processo stesso. Alla fine di ogni capitolo, un "Case Study" offre allo studente l'opportunità di applicare *sia* il pensiero critico *sia* il processo infermieristico al fine di sperimentare in modo sicuro il processo decisionale in ambito clinico mediante situazioni simulate. Questi esercizi sono inoltre ottimi sussidi per discussioni di classe o per ricerche in piccoli gruppi.
- ◆ **Linguaggio infermieristico standard.** Il linguaggio standard per diagnosi, risultati e interventi viene introdotto e integrato in ogni capitolo, allo scopo di aiutare gli studenti a prepararsi all'uso di sistemi di documentazione clinica informatizzata. Il testo include la presentazione e la descrizione delle tassonomie NANDA International, NOC, NIC, del Sistema Omaha e del sistema Clinical Care Classification per l'assistenza sanitaria domiciliare.
- ◆ **Cultura e spiritualità.** Al fine di evidenziare il carattere multiculturale della nostra società e promuovere un'assistenza olistica, vengono esplorate le dimensioni culturali e spirituali in ogni singola fase del processo infermieristico. Per esempio, il Capitolo 3, "Accertamento", descrive approcci e strumenti adeguati alla valutazione degli aspetti sia culturali sia spirituali.
- ◆ **Aspetti etici e legali.** Per aumentare la consapevolezza sulle problematiche etiche e deontologiche implicate nell'attività assistenziale, ogni capitolo include principi di natura etica e/o legale, nonché considerazioni pertinenti alla particolare fase del processo infermieristico in esame (per esempio, tutelare la riservatezza dei dati dell'assistito nella fase di accertamento).
- ◆ **Assistenza domiciliare, familiare e di comunità.** In questa edizione viene riservato ampio spazio a esempi e discussioni che rispecchiano l'espansione del ruolo dell'infermieristica sia in ambito domiciliare sia in altri contesti dell'assistenza sanitaria di comunità.
- ◆ **Modelli concettuali/Teorie dell'infermieristica.** Nella spiegazione di ogni fase del processo infermieristico vengono integrati modelli di assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere un'attività professionale basata sulla teoria. Per esempio, strumenti di accertamento e diagnosi infermieristiche sono classificati in base a modelli concettuali diversi. Al fine di mantenere un approccio di pensiero flessibile, non si è scelto un unico modello concettuale dell'infermieristica ma ne sono stati sintetizzati e utilizzati diversi. I docenti potranno decidere quali teorie infermieristiche utilizzare nei loro corsi.
- ◆ **Standard professionali di assistenza.** Gli infermieri rappresentano assai più che un mero strumento per fini organizzativi. Anche in un contesto nel quale ciò che conta è il conseguimento dei risultati, gli infermieri sono responsabili della qualità dell'assistenza che forniscono: di ciò che fanno e di ciò che fanno. A tal fine, a ogni fase del processo infermieristico sono associati gli Standard per la Pratica dell'Infermieristica Clinica dell'American Nurses Association (ANA). Tali standard permettono agli infermieri di valutare i propri comportamenti e non solo i risultati dell'assistito da essi determinati.
- ◆ **Concetto di benessere.** In molte sezioni del testo sono presenti linguaggio ed esempi relativi al benessere, allo scopo di sviluppare la consapevolezza che

la promozione della salute è una parte essenziale della pratica infermieristica. La maggioranza dei capitoli include una specifica sezione in cui il concetto di benessere viene messo in relazione con il contenuto del capitolo.

■ **Caratteristiche dell'insegnamento e dell'apprendimento**

Ho utilizzato i capitoli di questo testo come unità didattiche sia per l'insegnamento del processo infermieristico a studenti di vari livelli sia per la formazione permanente degli infermieri in attività. La risposta degli studenti è stata estremamente positiva.

- ◆ **Forma interattiva.** Né il processo infermieristico né il pensiero critico possono essere conosciuti in maniera approfondita mediante la memorizzazione di dati e di concetti. Gli studenti hanno la necessità di esercitarsi ad applicare i concetti appresi, di risolvere problemi, proprio come farebbero in un corso di matematica. Il testo propone sia all'interno del volume sia online numerosi problemi relativi all'attività professionale. Gli esercizi proposti online non sono solo del tipo "memorizza e completa scrivendo negli appositi spazi", ma sono anche di natura applicativa, concepiti per sviluppare capacità di pensiero di alto livello. Oltre agli inserti "Verifica dell'apprendimento" e "Spunti di riflessione" distribuiti in tutto il testo allo scopo di rinforzare i concetti principali, sono presenti anche inserti "Riflessione" per aiutare gli studenti a riassumere e a richiamare alla mente ciò che hanno appena letto.
- ◆ **Supporti didattici.** Ogni capitolo ha inizio con gli "Obiettivi di apprendimento" e con una figura che costituisce una guida visiva del contenuto del capitolo. Al termine di ogni capitolo un "Sommario" ne sintetizza il contenuto.
- ◆ **Case Study.** Oltre agli inserti "Verifica dell'apprendimento" e "Spunti di riflessione", ogni capitolo presenta anche un Case Study ("Pensiero critico e ragionamento clinico") per stimolare agli studenti di usare il pensiero critico entro il quadro concettuale del processo infermieristico in una situazione operativa concreta, applicando i principi che hanno appreso nel capitolo. Tali casi sono pertanto focalizzati su questi aspetti e non hanno la funzione di trasmettere contenuti approfonditi sulla clinica e sulla fisiopatologia. Possono quindi essere utilizzati anche da studenti principianti.
- ◆ **Risorse per lo studente.** Gli studenti possono accedere a esercizi presenti online seguendo le modalità riportate all'interno della copertina. Le domande contenute negli inserti "Verifica dell'apprendimento" aiutano a richiamare e comprendere il contenuto del capitolo e permettono agli studenti di usare il pensiero critico all'interno della struttura del processo infermieristico.
- ◆ **Risposte dettagliate agli "Spunti di riflessione".** Le risposte alle domande contenute negli "Spunti di riflessione" presenti in ogni capitolo del testo forniscono utili chiavi di lettura per comprendere i concetti sottostanti, e in molti casi descrivono il processo di pensiero utilizzato per giungere a esse. Questo feedback dettagliato offre l'opportunità di un apprendimento veramente interattivo e di quel dialogo studente-docente così importante per l'apprendimento del processo infermieristico. Gli studenti si sentono spesso frustrati per le numerose ambiguità e le apparenti contraddizioni che emergono quando i concetti astratti del processo infermieristico vengono applicati a situazioni concrete/specifiche. Le spiegazioni contenute nelle risposte agli "Spunti di riflessione" sono cruciali per alleviare tale frustrazione e modellare quel

pensiero complesso intrinseco al processo infermieristico. Poiché tali risposte possono variare ampiamente, quelle relative alle esercitazioni sul pensiero critico e ai case study sono da considerarsi indicative, non esaustive.

- ◆ **Versatilità.** Il testo è adatto sia quale introduzione al processo infermieristico per studenti infermieri sia per essere utilizzato nella formazione permanente di professionisti, che potrebbero avere la necessità di rinnovare le proprie conoscenze e la propria pratica professionale. Il testo risulta efficace anche per studenti che hanno appreso il processo infermieristico all'inizio del proprio curriculum formativo e che in seguito hanno avuto difficoltà ad applicarlo in ambito clinico: per rimediare a tale difficoltà, il docente assegnerà semplicemente lo studio di un capitolo e lo svolgimento dei relativi esercizi. Il testo è organizzato in modo da adattarsi al parere professionale del docente, ossia può essere usato interamente o in parte, e con studenti di livelli diversi, in funzione di ciò che il docente decide di tralasciare o di enfatizzare. Per esempio, docenti che ritengono che il concetto di “problema possibile” sia troppo difficile per studenti principianti, possono omettere la parte del Capitolo 4 che lo affronta, senza compromettere la continuità del testo. Alcuni docenti possono decidere di presentare il Capitolo 5 prima del Capitolo 4. Alcuni utilizzano il Capitolo 10 come fosse una “carta stradale”, presentandolo dopo il Capitolo 2; altri preferiscono usarlo alla fine del corso, dopo avere insegnato tutte le fasi del processo infermieristico. Tutti gli approcci sono praticabili.
- ◆ **Studio autonomo.** Il testo può essere usato per lo studio autonomo o per l'apprendimento a distanza, ma non è in alcun modo limitato a tali approcci. Può essere usato come fonte di letture supplementari, sia in un corso monografico, sia quando l'apprendimento del processo infermieristico è integrato nel curriculum degli studi.
- ◆ **Piani di assistenza.** Il testo rende evidente che il processo infermieristico e un piano di assistenza standard *non* sono la stessa cosa. Questo testo risulterà utile ai docenti che mettono in discussione l'uso esclusivo di piani di assistenza standard come strategia didattica. Ho riscontrato che parte del tempo che in precedenza destinavo alle lezioni, può essere utilizzato per trattare gli argomenti che emergono dalle domande degli studenti sul processo infermieristico e sull'assistenza alle persone. Il vantaggio di tutto ciò è che posso assegnare un minor numero di piani assistenziali da completare e riscontro anche una minore quantità di errori nella loro elaborazione. Inoltre, dedico anche meno tempo a tenere lezioni di recupero sul processo infermieristico. Se si adottano le mappe concettuali di assistenza invece dei piani in forma colonnare, gli studenti hanno comunque la necessità di imparare il processo infermieristico. Il *processo* è lo stesso, indipendentemente dal fatto che gli studenti elaborino il piano assistenziale su un formato colonnare o mediante una mappa concettuale. Per facilitare l'elaborazione di un piano di assistenza in forma di mappa concettuale, il testo dedica un paragrafo del Capitolo 10 alla realizzazione di questo strumento di apprendimento.
- ◆ **Terminologia.** In questo libro utilizzo sia il termine *cliente*¹ sia il termine *paziente*. Entrambi possono essere appropriati, in base al contesto. Il termine *cliente* implica che gli infermieri hanno funzioni autonome, una responsabi-

¹ Le considerazioni dell'autrice sull'uso dei termini inglesi *client* e *patient* sono pienamente condivisibili e vanno, in generale, tenute presenti nella formazione e nella riflessione degli infermieri e degli altri operatori sanitari. Tuttavia si ritiene opportuno aggiungere che nel contesto del nostro paese

lità crescente più nei confronti degli individui che delle istituzioni e non sono vincolati dal contesto in cui operano. Il termine *cliente* sottolinea inoltre che le persone sono sempre più attive nella gestione della propria assistenza sanitaria. D'altra parte, la maggior parte del lavoro assistenziale si svolge ancora negli ospedali e con persone malate, che sono in una condizione di dipendenza. Inoltre, la maggioranza degli infermieri è pagata da una struttura sanitaria, piuttosto che direttamente da un cliente. In queste situazioni, il termine *paziente* sembra più appropriato.

Uso un approccio analogo per quanto riguarda la definizione del sesso. Riconosco e accolgo di buon grado la presenza di uomini nella professione infermieristica; inoltre sono consapevole del fatto che gli assistiti sono sia uomini sia donne. Tuttavia mi sembra che utilizzare, nel testo, espressioni come *lui/lei, infermiere/a*, sia artificioso e renda la lettura disagiata; pertanto non ho usato espressioni di questo tipo. A infermieri e assistiti ho attribuito (del tutto arbitrariamente) un'identità di genere, riferendomi a essi con *lui* o *lei*.

Spesso, nel testo, mi rivolgo direttamente al lettore utilizzando il "tu", anziché riferirmi all'*infermiere* o allo *studente*. Per prima cosa, questo è conforme alla mia indole informale; ma soprattutto spero che esalti il ruolo del lettore, impegnandolo personalmente e promuovendo il suo coinvolgimento attivo nello studio del testo.

L'uso del termine *cliente* non è per ora abituale per la natura prevalentemente pubblica del servizio sanitario, chiamato a soddisfare bisogni molto particolari e di grande importanza per la popolazione. Nell'edizione italiana del testo, ove opportuno, è quindi stata utilizzata la parola *utente* per indicare colui che fruisce del servizio offerto dal sistema sanitario.

Si è inoltre fatto largo uso (come, del resto, l'autrice) dei termini *persona*, soggetto di diritti come di obblighi morali, e di *assistito*, o meglio *persona assistita*, rispetto al termine *paziente*, che deriva dal latino "soffrire", perché l'assistenza non necessariamente è erogata solo a chi soffre.

Si fa presente che nel *Codice deontologico* degli infermieri italiani la parola *persona* è di gran lunga la più usata per designare il destinatario del servizio infermieristico e che, allo stesso scopo, *assistito* prevale nettamente su *paziente*.

Infine, diversamente da quanto enunciato dall'autrice nella sua prefazione, nella curatela della traduzione, in accordo con l'editore si è preferito mantenere la forma impersonale, evitando il ricorso al "tu", ritenendo doveroso rispettare la libertà del lettore di decidere in che misura farsi coinvolgere dal testo e di scegliere quali parti e concetti utilizzare o riferire alla propria personale situazione formativa/professionale [N.d.C.].

Prefazione all'edizione italiana

Dall'avvento della formazione infermieristica universitaria il profilo di competenza dei neoinfermieri è considerevolmente mutato, non solo a motivo delle ripetute modificazioni degli ordinamenti didattici, ma soprattutto per l'importante e rapida evoluzione della disciplina infermieristica. Gli "infermieri del terzo millennio" si caratterizzano sempre più come professionisti dotati di capacità di pensiero complesso, funzionali ad applicare nella pratica professionale il ragionamento diagnostico-clinico, al fine di accertare il fabbisogno di cure infermieristiche delle persone con problemi di salute, metterle in atto in funzione di risultati predefiniti e valutarne l'efficacia sulla base di specifici indicatori di risultato. A tali capacità si associa anche quella di lavorare in modo integrato in seno al team interprofessionale, confrontandosi con gli altri professionisti della salute, per contribuire ai processi decisionali e alla gestione dei percorsi assistenziali diretti alla diagnosi e al trattamento di quadri clinici complessi.

La necessità di formare un professionista infermiere dotato di queste competenze professionali, frutto della capacità di pensare prima di fare, e di pensare in modo razionale, sistematico e condiviso a livello intra- e interprofessionale, ha innescato tra i formatori una dinamica di progressiva convergenza e condivisione dei riferimenti teorici e disciplinari da utilizzare come substrato dei processi formativi, anche se il dibattito in seno alla comunità infermieristica italiana è ancora lungi da conclusioni definitive e universalmente accettate. Non si può negare tuttavia che il concetto di diagnosi infermieristica, la sua funzione nella pratica professionale, i sistemi di classificazione dei problemi di salute gestibili con interventi infermieristici (prima fra tutti la tassonomia diagnostica NANDA International, NANDA-I) hanno rappresentato e rappresentano tuttora per formatori, studenti e professionisti in attività un approccio conoscitivo molto fecondo, anche se non esaustivo, per l'acquisizione di un'ampia parte del corpus di conoscenze proprio della disciplina e della professione infermieristica.

In effetti, il concetto di diagnosi infermieristica, come cardine dell'intero processo infermieristico, costituisce un passaggio cruciale dell'intera storia evolutiva dell'infermieristica, sia come disciplina sia come professione, ma fa emergere chiaramente anche la responsabilità che l'infermiere si assume quando ascrive un problema di salute al proprio ambito di competenza, dovendo garantire alla persona assistita interventi capaci di produrre risultati certi ed evidenti.

Sotto questo profilo, il contributo dei riferimenti concettuali suddetti è indubbio, essendo strumenti utili a sviluppare la capacità di discriminare i problemi e le condizioni di salute sui quali l'infermiere può agire in piena autonomia da quelli che deve affrontare integrando il proprio intervento con quello di altri professionisti.

Tuttavia è proprio il versante dell'integrazione interprofessionale quello che sta facendo emergere anche una potenziale criticità di un quadro concettuale che risulti delineato dal solo processo infermieristico, se si pensa che i risultati degli

interventi di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa costituiscono sempre più la risultante del contributo integrato e coordinato di diversi professionisti della salute. I formatori infermieristici, e non solo, si sono così resi conto da tempo della necessità di superare una serie di criticità, tra cui la difficoltà di:

- ◆ utilizzare diffusamente e in modo formalizzato il processo infermieristico in tutti i contesti in cui si eroga assistenza sanitaria e per ogni tipologia di persone con problemi di salute;
- ◆ applicare *tout court* la tassonomia delle diagnosi infermieristiche NANDA-I al contesto sanitario italiano.

Peraltro, la sempre maggiore diffusione internazionale che sta avendo la tassonomia NANDA-I, la necessità di approdare a una classificazione unica dei problemi di salute di competenza infermieristica, in analogia alla classificazione internazionale delle malattie (ICD-10), e l'avvento di sistemi informatizzati di gestione del processo infermieristico, stanno schiudendo all'infermieristica orizzonti di grande sviluppo disciplinare e professionale, che a sua volta renderà necessaria una sempre maggiore condivisione e standardizzazione dei riferimenti concettuali sui quali articolare i processi formativi.

Chi si occupa di formazione infermieristica universitaria sa che tale orizzonte è già oggetto della quotidiana riflessione riguardante gli obiettivi formativi e i contenuti disciplinari da proporre agli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica per consentire loro di maturare la capacità di coniugare il processo infermieristico con altri approcci teorici e di pratica professionale che sostanziano la quotidiana attività clinico-assistenziale. A parere di chi scrive, ciò significa aiutare i futuri professionisti a sviluppare capacità di pensiero complesso non solo diretto a comprendere i problemi di salute e le reazioni e le risposte degli assistiti a essi, al fine di individuare il fabbisogno di cure infermieristiche, ma anche ad applicare nella realtà operativa riferimenti teorici e modelli concettuali molteplici, utili a contraddistinguere i problemi di salute che possono essere gestiti con interventi infermieristici autonomi, da quelli che vanno affrontati con un approccio integrato interprofessionale, valutando l'efficacia dell'agire infermieristico in relazione ai risultati complessivi del piano di cura, avendone chiara la visione globale.

Per queste ragioni, un testo che aiuti il lettore a sviluppare capacità di pensiero critico funzionali al ragionamento diagnostico-clinico e all'assunzione di decisioni basate su un razionale fondato, in tutte le fasi del proprio agire professionale, con una visione integrata del percorso di cura dell'assistito, costituisce a mio avviso una risorsa molto preziosa, che risulta utile sia allo studente in formazione sia all'infermiere in piena attività professionale.

La valutazione continua dell'andamento del processo infermieristico in ogni sua fase e nel suo insieme, mediante le competenze cognitive e riflessive proprie del pensiero critico, rappresenta la prerogativa principale del testo di Judith Wilkinson, che persegue tale obiettivo agendo su più fronti: descrivendo in maniera molto approfondita le caratteristiche di ogni singola fase del processo, fornendo specifici criteri metodologici per gestirla compiutamente, stimolando il lettore a riflettere e a esercitarsi in vario modo al termine di ogni capitolo e mediante le risorse disponibili online. A mio avviso, le peculiarità di particolare interesse di questo testo sono:

- ◆ un approccio all'enunciazione diagnostica che, pur facendo ampio riferimento alla tassonomia NANDA-I, mantiene un rapporto pragmatico con i diversi

titoli diagnostici, utilizzati più per esemplificare la dinamica del ragionamento diagnostico che come riferimenti imprescindibili;

- ◆ la descrizione e l'utilizzo di altri sistemi di classificazione dei problemi infermieristici (per esempio, *Clinical Care Classification – CCC*), della tassonomia NOC dei risultati infermieristici (*Nursing Outcomes Classification*) e della tassonomia NIC degli interventi infermieristici (*Nursing Interventions Classification*), che delineano l'orizzonte evolutivo dell'infermieristica di cui si è detto in precedenza;
- ◆ la descrizione dettagliata e ampiamente esemplificata dei sistemi di documentazione clinica e infermieristica, con un'ottica sempre diretta all'integrazione professionale;
- ◆ l'ampio spazio dedicato alle esercitazioni, che consentono di verificare il proprio apprendimento, grazie alla possibilità di confrontare il proprio lavoro con le soluzioni e le risposte riportate a fine testo;
- ◆ l'opportuna e frequente stimolazione alla riflessione individuale, con quesiti e input che invitano il lettore a ripensare in modo approfondito alle proprie modalità di funzionamento cognitivo durante l'attività professionale, alle dinamiche organizzative e alle problematiche di natura deontologica proprie del ruolo professionale dell'infermiere, all'attenzione dovuta dall'infermieristica alle dimensioni culturale e spirituale, nonché alle proprie dinamiche relazionali e al sistema di valori che regola il proprio agire verso gli assistiti.

In sostanza questo testo compie un deciso balzo in avanti rispetto ad altri testi sul processo infermieristico, presenti in Italia, e costituisce una risorsa utilissima per l'apprendimento della sua metodologia, sia per gli studenti del CdL in Infermieristica, sia per gli Infermieri già in attività che volessero perseguire l'obiettivo di aggiornare le proprie conoscenze e le proprie competenze cognitive e cliniche.

Nel curare la terza edizione italiana, allo scopo di rendere il testo maggiormente fruibile nei contesti formativo e operativo, sono state effettuate alcune scelte essenziali che modificano in maniera consistente l'impostazione data dall'autrice nell'edizione americana, senza peraltro stravolgerla.

- ◆ **Note del curatore.** Rispetto all'edizione precedente, sono state introdotte numerose note esplicative, che hanno la funzione non solo di approfondire o rendere più chiari alcuni concetti, ma anche di offrire al lettore una riflessione sui possibili orizzonti di sviluppo concettuale dell'infermieristica, sia in riferimento alla disciplina che alla pratica professionale. In particolare, al concetto di problema collaborativo, elaborato e spiegato da Carpenito nel suo ormai celebre manuale dedicato alle diagnosi infermieristiche (Carpenito, L.J., *Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica*, quinta edizione, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2011), si è associato quello di problema a gestione integrata, elaborato da chi scrive con l'intento di ampliare la gamma di strumenti concettuali che l'infermiere può utilizzare nella pratica professionale quotidiana, sempre più connotata da processi decisionali e operativi gestiti da diversi professionisti della salute, la cui attività clinica è strettamente interconnessa. Tale concetto è ovviamente suscettibile di integrazioni e di modifiche in virtù dei contributi che chiunque vorrà produrre. Un altro concetto fondamentale che si è ritenuto importante ridefinire, alla luce della normativa italiana e della letteratura a essa connessa, è quello di attribuzione/delega, fondamentale nella dinamica organizzativa quotidiana per l'indispensabile chiarezza dei ruoli dell'infermiere e di quello del personale collaboratore. Per ragioni editoriali

connesse all'impaginazione del testo, le note del curatore sono collocate sempre alla fine di ogni capitolo; per una maggiore efficacia nell'apprendimento è opportuno che il lettore vi faccia regolare riferimento.

- ◆ **Dimensione etica dell'assistenza infermieristica.** Poiché quasi in ogni capitolo si affrontano le problematiche di natura etica connesse all'argomento affrontato, si è ritenuto opportuno corroborare alcuni concetti espressi dall'autrice citando il *Code for Nurses* dell'American Nursing Association, riportando in nota a piè di pagina alcuni passi del nuovo *Codice Deontologico* della Federazione Nazionale IPASVI (2009), il cui testo integrale è stato inserito tra gli allegati in appendice.
- ◆ **Terminologia.** Diversamente da quanto dichiarato dall'autrice nella sua prefazione all'edizione americana, si è preferito non usare il termine "cliente", che nel contesto italiano è connotato in molti casi da un'accezione più di natura economico-contrattuale che professionale, usando piuttosto il termine "persona" per sottolineare la dimensione umanistica dell'assistenza infermieristica. Per analoghe ragioni, si è preferito al termine "paziente" il termine "assistito", nell'accezione di "soggetto attivo che riceve assistenza", o anche di "soggetto attivo al quale l'atto assistenziale è diretto". In qualche caso, in cui si fa specificamente riferimento al rapporto fra persona e struttura sanitaria, si è utilizzato anche il termine "utente", nell'accezione di "fruitore di un servizio o di una prestazione sanitaria". Inoltre, per alcuni termini o espressioni in lingua inglese, ormai entrati a far parte stabilmente del linguaggio infermieristico italiano, si è mantenuta la loro forma originale; nelle note del curatore sono chiarite le ragioni delle scelte adottate. Diversamente dall'autrice, si è inoltre mantenuta la forma impersonale, evitando il ricorso al "tu", ritenendo doveroso rispettare la libertà del lettore di decidere in che misura farsi coinvolgere dal testo e di scegliere quali parti e concetti utilizzare o riferire alla propria personale situazione formativa/professionale.
- ◆ **Esempi, spunti di riflessione e verifiche dell'apprendimento.** Gli esempi che nel testo americano riportavano situazioni assistenziali o ruoli professionali non riscontrabili in Italia (per esempio, la figura dell'infermiere parrocchiale), sono stati modificati e contestualizzati, in modo da renderli più aderenti a essa. Le diverse risorse contenute nel testo allo scopo di stimolare il lettore alla riflessione e all'autovalutazione dell'apprendimento sono state riviste e aggiornate, ampliando le risposte possibili alle domande aperte, riportate nell'appendice A, in modo da fornire al lettore chiavi interpretative e spunti di riflessione riguardanti il contesto italiano.

Si auspica infine che quanti leggeranno questo testo, siano stimolati a contribuire attivamente e concretamente al dibattito in seno alla comunità professionale, per consentire all'infermieristica di dispiegare tutto il suo patrimonio di conoscenza scientifica, di arte, di umanità, a beneficio delle singole persone e della collettività.

Domenico Redigolo
Infermiere, formatore¹

¹ Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Tutor universitario e Professore a contratto di Infermieristica clinica; Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova, sede formativa di Venezia, Scuola di Sanità Veneta, Azienda ULSS 12.



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*. In analogia a quanto realizzato in altri paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti del settore infermieristico, di varia provenienza, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere in italiano i titoli e le definizioni delle diagnosi. Il repertorio che il gruppo ha prodotto è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico dell'ambito diagnostico per tutte le proprie pubblicazioni ed è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione, che avviene ogni due anni, delle nuove edizioni del testo ufficiale di NANDA-I.

Il successo ottenuto ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2000 delle classificazioni NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*). Questo secondo progetto è poi proseguito con la traduzione del testo ufficiale di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei Risultati Infermieristici*, e del testo ufficiale di J. McCloskey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli Interventi Infermieristici*. Questo ha permesso di aggiornare alla versione 2004 delle classificazioni la terminologia precedentemente utilizzata per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Anche in questo caso, il gruppo di esperti è riuscito ad arrivare a una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati dell'assistito e i relativi interventi infermieristici. Nel corso del 2013 CEA aggiornerà anche questa traduzione con la pubblicazione delle versioni ufficiali 2012 delle classificazioni NOC e NIC.

Tutti i nuovi volumi relativi all'ambito infermieristico pubblicati da CEA utilizzano questa *terminologia ufficiale*, in continua evoluzione, al fine di costituire un catalogo infermieristico dal linguaggio coerente, che 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 o aderito al progetto di uniformazione proposto sono riportati sui testi ufficiali relativi alle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, pubblicati periodicamente dalla Casa Editrice Ambrosiana.

Revisori dell'edizione americana

Sono grata alle persone seguenti per i commenti e i suggerimenti che mi hanno fornito nel corso della loro revisione del manoscritto:

Rose Marie Caballero, MSN, RN, CCM
Assistant Professor
Del Mar College – West Campus
Campus Christi, TX

Laura B. Hamond, BSN, MN, RN
Nursing Instructor
Seattle Central Community College
Seattle, WA

Kathleen Hopkins, MA, RN
Nursing Faculty
Rockland Community College
Suffern, NY

Faith L. Johnson, BA, BSN, MA, RN, CNE
Nursing Faculty
Ridgewater College
Wilmar, MN

GN Niere, RN, BSN, MSN
Faculty Member
College of Central Florida
Ocala, FL

Eric J. Williams, RN, BSN, MSN, DPN
Professor of Nursing
Santa Monica College
Los Angeles, CA

Agli studenti:

consigli per trarre il massimo dalla lettura

I suggerimenti che seguono dovrebbero aiutarvi a utilizzare al meglio questo testo. Poiché ogni persona apprende in modo diverso, ognuno dovrà adattarli al proprio particolare stile di apprendimento.

- 1. Leggere prima di tutto gli obiettivi di apprendimento del capitolo.** Forniranno una traccia del percorso del capitolo e guideranno la lettura.
- 2.** Nel testo i **termini chiave** sono evidenziati in grassetto. Assicurarsi di essere in grado di riconoscerli e di definirli.
- 3. Leggere il contenuto del capitolo.**
 - A.** Prestare attenzione a titoli e sottotitoli. Poiché forniscono una definizione sommaria dei concetti contenuti nei paragrafi che li seguono, possono focalizzare il pensiero e facilitare la memorizzazione di ciò che si è letto.
 - B.** Porre anche attenzione agli inserti “Riflessione”, che riassumono i punti chiave. Si possono usare anche successivamente per ripassare i contenuti.
 - C.** Scrivere note a margine per consolidare l’apprendimento.
 - D.** Durante la lettura, fermarsi per rispondere alle domande contenute negli inserti “Verifica dell’apprendimento” e “Spunti di riflessione”. Facendolo sarà più facile ricordare ciò che si è letto. Assicurarsi di comprendere il rationale fornito con le risposte indicate e fare riferimento al testo del capitolo in base alle proprie necessità di apprendimento.
- 4. Lavorate sul “Case study” riportato alla fine di ciascun capitolo.** I Case Study forniscono l’opportunità di applicare al contempo il pensiero critico e il processo infermieristico. Attraverso i Case Study, è possibile esercitarsi senza rischio a elaborare giudizi clinici, prima di doverlo fare realmente in un contesto operativo.
- 5. Avvalersi dei materiali online contenuti nel sito della Casa Editrice.** Al fine di apprendere il processo infermieristico, è necessario applicarlo, non limitandosi a memorizzare ciò che si è letto in proposito. In qualità di infermieri, dovrete essere in grado di applicare il processo infermieristico, non di richiamare semplicemente gli aspetti a esso connessi; pertanto, è opportuno cominciare fin da ora ad apprendere come fare. Risolvere gli esercizi prima di leggere le risposte. Scrivere le proprie risposte, fare annotazioni, discuterne con il docente o con i colleghi di corso, per verificare di essere sulla strada giusta. Spiegare il proprio processo di pensiero: *come* si è arrivati alle risposte. Le “risposte indicate” per le esercitazioni sul pensiero critico offrono alcuni suggerimenti, ma non si focalizzano necessariamente sulla *risposta corretta*, bensì sull’utilizzo corretto delle *capacità di pensiero*. Il modo migliore per acquisire capacità di pensiero critico è discutere con gli altri, singolarmente o in classe, sui diversi concetti contenuti nel testo e sul punto di vista altrui riguardo alle diverse situazioni costituite dai casi clinici.

In caso di difficoltà nello svolgimento di qualche esercizio, rileggere il capitolo e quindi provare ad affrontarlo nuovamente. Se si incontrano ancora problemi, è opportuno chiedere al proprio docente altri esercizi, materiale audiovisivo o letture di approfondimento.

Obiettivi di apprendimento

Dopo aver completato lo studio di questo capitolo sarà possibile:

- ◆ *Definire il significato di pensiero critico.*
- ◆ *Spiegare perché il pensiero critico è importante per l'infermiere.*
- ◆ *Confrontare e differenziare cinque forme di conoscenza della disciplina infermieristica.*
- ◆ *Descrivere alcuni atteggiamenti e abilità importanti, necessari per lo sviluppo del pensiero critico.*
- ◆ *Utilizzare standard cognitivi per valutare i propri processi di pensiero.*
- ◆ *Approfondire la relazione esistente tra pensiero critico e processo infermieristico.*
- ◆ *Elencare linee guida per promuovere lo sviluppo del pensiero critico.*

■ Perché l'infermiere ha la necessità di pensare in modo critico?

“... Perché si sceglie un ago a farfalla piuttosto che un agocannula? È necessario considerare perché si vuole allestire una linea di infusione venosa; è già difficile imparare solo a inserire un ago in vena. È necessario valutare se si tratta di un'infusione di breve durata, di pochi farmaci; in tal caso un ago a farfalla è più comodo e comporta un minor rischio di flebite. Inoltre, si deve considerare che anche i medici hanno le loro preferenze e, ovviamente, le condizioni dell'assistito e delle sue vene sono molto importanti. Per esempio, occorre particolare abilità quando si opera con persone anziane. Sembra facilissimo entrare in vena, perché i vasi sono molto evidenti e di ampio calibro, ma si tratta di vasi molto fragili, facili a rompersi. Se il laccio emostatico viene stretto eccessivamente, ...la vena rischia di lacerarsi.” (Benner, 1984, pp. 124-125.)

Questo esempio, redatto da un infermiere esperto, evidenzia come la pratica infermieristica sia allo stesso tempo pensiero e azione. Apprendere i comportamenti professionali propri di un infermiere richiede assai più di una semplice memorizzazione di fatti. Gli infermieri utilizzano l'esperienza, unitamente alle nuove informazioni, per assumere decisioni, elaborare nuove idee e risolvere problemi (Figura 2.2). Per trasferire le conoscenze teoriche della disciplina infermieristica all'esercizio professionale, occorre utilizzare il **pensiero critico**: un'attività mentale intenzionale, mediante la quale si elaborano e si valutano idee e si formulano giudizi.

L'infermieristica è una disciplina applicata

Gli infermieri applicano a ogni nuova situazione assistenziale un insieme di conoscenze di base. In una disciplina astratta, come la matematica, i problemi sono ben strutturati, e la soluzione esatta può essere individuata facilmente applicando la



FIGURA 2-1 *Pensiero critico e processo infermieristico.*

RIFLESSIONE

“La maggior parte delle situazioni incontrate nell’esercizio professionale sono caratterizzate da complessità, instabilità, incertezza, unicità e dalla presenza di conflitti di valori.” (Schön, 1983; citato in Gaberson e Oermann 1999, p. 4.).

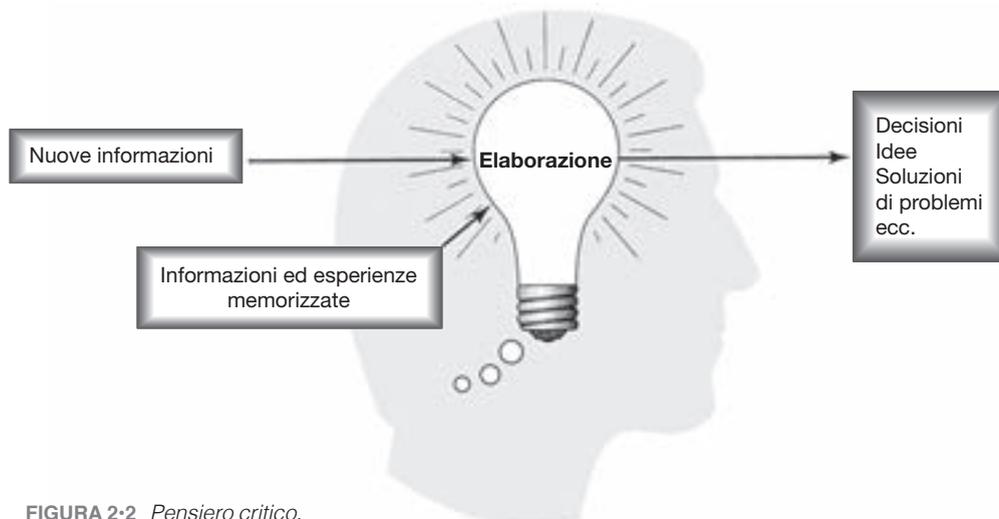
teoria adatta o la formula corretta. In genere, in una disciplina applicata come l’infermieristica, i problemi si presentano in modo caotico e ambiguo; i dati a disposizione possono essere insufficienti o contraddittori, la causa del problema può essere ignota, e potrebbe non esistere una singola risposta o soluzione “corretta” o “migliore”. Per gestire questi problemi è necessario saper identificare le carenze di conoscenza e di dati, acquisire e utilizzare nuove informazioni, introdurre e gestire il cambiamento. Tutte queste competenze richiedono l’utilizzo del pensiero critico.

L’infermieristica utilizza conoscenze mutuete da altre discipline

Alcuni professionisti, come i chimici o i matematici, concentrano la propria attenzione quasi unicamente sul corpo di conoscenze che costituiscono il proprio, specifico, campo di competenza. Per l’infermiere non è così: poiché l’infermieristica affronta con un approccio olistico un ampio spettro di risposte umane ai problemi di salute, egli usa informazioni e conoscenze mutuete da altre discipline, come la fisiologia, la psicologia e l’antropologia, al fine di interpretare i dati dell’assistito e, di conseguenza, pianificare interventi efficaci. Anche questo richiede l’utilizzo del pensiero critico.

L’infermiere gestisce il cambiamento in contesti stressanti

Gli infermieri lavorano normalmente in situazioni in rapida evoluzione, spesso anche convulse. Pertanto, i comportamenti abituali e le “solite procedure” posso-

FIGURA 2·2 *Pensiero critico.*

no non essere adatti ad affrontare una situazione che si presenta con caratteristiche diverse da quelle gestite usualmente.

Per esempio, la conoscenza della procedura di routine che prevede la somministrazione dei farmaci alle 9 del mattino può non essere di grande aiuto a un infermiere che ha a che fare con una persona terrorizzata dalle iniezioni, oppure con una che non vuole assumere un farmaco. Trattamenti, farmaci e tecnologie cambiano continuamente e anche le condizioni cliniche di un assistito possono cambiare di minuto in minuto. Prevedendo o reagendo a certi cambiamenti, gli infermieri devono basare le proprie decisioni sulla conoscenza e sul pensiero razionale, al fine di fornire risposte professionali appropriate anche in condizioni di stress elevato.

ESEMPIO Il signor Lorenzo R. è stato ricoverato in ospedale dopo un incidente automobilistico; dopo essere stato trasferito dal pronto soccorso al reparto ortopedia, egli diventa letargico e sonnolento, e parla farfugliando. Il medico di turno dice all'infermiere che le indagini effettuate non hanno evidenziato alcuna lesione cranica. Quando l'infermiere esegue il suo accertamento completo, legge nella storia clinica dell'assistito che è diabetico. Egli rileva un valore della glicemia di 360 mg/dL. Condivide allora questa informazione con il medico per ottenere repentinamente una prescrizione per l'insulina e, una volta somministrata, l'assistito migliora.

L'infermiere assume spesso decisioni importanti di natura diversa

Durante una giornata di lavoro gli infermieri devono assumere numerose decisioni; non si tratta di decisioni banali, dato che spesso riguardano il benessere dell'assistito o addirittura la sua sopravvivenza. Gli infermieri utilizzano il pensiero critico per raccogliere e interpretare informazioni, esprimere giudizi ponderati e assumere decisioni oculate (per esempio, decidere quali dei numerosi rilievi e osservazioni debbano essere riferiti ai medici e quali debbano essere gestiti in autonomia). È necessario che tutto il personale sanitario faccia uso del pensiero critico, anche se il livello di decisionalità può variare in base al tipo di competenza professionale.

ESEMPIO Uno dei compiti assegnati a Elsa T. (Operatore Socio-Sanitario, OSS) è quello di rispondere alle chiamate che gli assistiti fanno dal pro-

prio letto mediante segnale acustico. Elsa è stata informata su quali assistiti devono rimanere a letto e quali hanno bisogno di aiuto per camminare. Nelle ultime tre ore ha accompagnato tre volte in bagno la signora Maria P.; considerando che, di solito, questa persona non ha bisogno di urinare così spesso, Elsa decide di informare immediatamente l'infermiere Roberto N., invece di aspettare il rapporto a fine turno.



2.1 VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

Esporre quattro motivi per cui l'infermiere deve pensare criticamente.

Vedi la risposta a *Verifica dell'apprendimento n. 2.1 nell'Appendice A*

■ Cos'è il pensiero critico?

A questo punto è naturale che sorgano alcune domande: Cos'è il pensiero critico? Come si può sapere se lo si sta usando? Come si può valutare se altri lo stanno usando? Il Box 2.1 riporta alcune domande che aiutano a valutare e sviluppare il proprio pensiero critico.

BOX 2-1

Utilizzate il pensiero critico?

- Esaminate i pensieri e i presupposti che stanno alla base delle vostre emozioni e dei vostri sentimenti?
- Basate i giudizi su fatti e argomentazioni, piuttosto che su sensazioni, interessi personali o congetture?
- Esprimete il vostro giudizio solo quando disponete di tutti i dati necessari?
- Fondate la vostra visione dei fatti sull'evidenza scientifica (per esempio, principi e risultati della ricerca)?
- Valutate l'attendibilità delle fonti utilizzate per comprovare le vostre convinzioni?
- Discriminate tra fatti, opinioni e inferenze?
- Distinguate i dati rilevanti da quelli irrilevanti, quelli importanti da quelli trascurabili?
- Chiedete chiarimenti quando non capite qualcosa?
- Mutuate la vostra conoscenza da un settore, da una disciplina o dall'esperienza per comprendere meglio altre situazioni?
- Trasformate i vostri errori in occasioni di apprendimento, facendo un'attenta analisi di ciò che è stato sbagliato e pensando a come evitare di commettere altri errori?
- Avversate la tendenza a credere che tutte le domande debbano avere una risposta?

Alcune definizioni di pensiero critico

Il **pensiero critico** è sia un atteggiamento sia un processo cognitivo e implica numerose capacità intellettuali. È "l'arte di pensare al vostro pensiero mentre state pensando, in modo da renderlo più chiaro, preciso, accurato, pertinente, coerente e obiettivo" (Paul, 1988, pp. 2.3)¹. Il pensiero critico è dunque un modo di pensare disciplinato, autodiretto e razionale, che avvalora ciò che si conosce e chiarisce ciò che non si conosce. Altre definizioni di pensiero critico sono riportate nel Box 2.2.

Caratteristiche del pensiero critico

Come ci si può attendere per un processo complesso, non esiste dunque una definizione semplice e univoca di pensiero critico. Tuttavia esso possiede alcune caratteristiche che aiutano a comprendere quando viene messo in atto.

Linguaggio diagnostico

Obiettivi di apprendimento

Dopo aver completato lo studio di questo capitolo sarà possibile:

- ◆ Descrivere brevemente il percorso evolutivo della diagnosi infermieristica nel Nord America.
- ◆ Spiegare l'importanza dell'uso di un linguaggio standard per formulare le enunciazioni diagnostiche.
- ◆ Indicare e descrivere i quattro sistemi di linguaggio (tassonomie) delle diagnosi infermieristiche attualmente in uso.
- ◆ Utilizzare i titoli diagnostici di NANDA-I per formulare diagnosi precise, sintetiche e attendibili per individui, famiglie e comunità.
- ◆ Formulare nel modo corretto i problemi collaborativi (secondo Carpenito).
- ◆ Descrivere gli aspetti etici implicati nella formulazione delle enunciazioni diagnostiche.
- ◆ Formulare enunciazioni diagnostiche per descrivere condizioni di promozione della salute.
- ◆ Identificare le implicazioni culturali insite in molte diagnosi infermieristiche.
- ◆ Formulare diagnosi infermieristiche per descrivere le risposte umane nella dimensione spirituale.
- ◆ Stabilire l'ordine di priorità dei problemi dell'assistito utilizzando un quadro concettuale fondato sui bisogni fondamentali o sulla tutela della vita.
- ◆ Utilizzare "standard di ragionamento" per pensare in modo critico riguardo alle enunciazioni diagnostiche.

■ Introduzione

Nel Capitolo 4 si è visto come identificare e verificare le diagnosi infermieristiche, i problemi collaborativi, i problemi a gestione integrata (concetto delineato per l'edizione italiana) e le risorse degli assistiti. Questo capitolo spiega come usare la terminologia standard della NANDA International (NANDA-I) per formulare diagnosi infermieristiche, descrive inoltre la struttura dei problemi collaborativi secondo Carpenito e illustra i modelli concettuali che consentono di stabilire le priorità dei problemi dell'assistito. La Figura 5.1 evidenzia gli aspetti della fase della diagnosi che saranno approfonditi in questo capitolo.

■ Linguaggi infermieristici standard

I linguaggi standard sono essenziali sia per la strutturazione e la diffusione di conoscenze ed esperienze, sia per la valutazione del costo e della qualità dell'assistenza infermieristica. Sono esempi di linguaggi standard la scala musicale, i numeri arabi e i simboli degli elementi chimici.

Con lo sviluppo del sapere infermieristico, i teorici della disciplina e gli studiosi hanno iniziato a creare glossari per descrivere e spiegare ciò che gli infer-

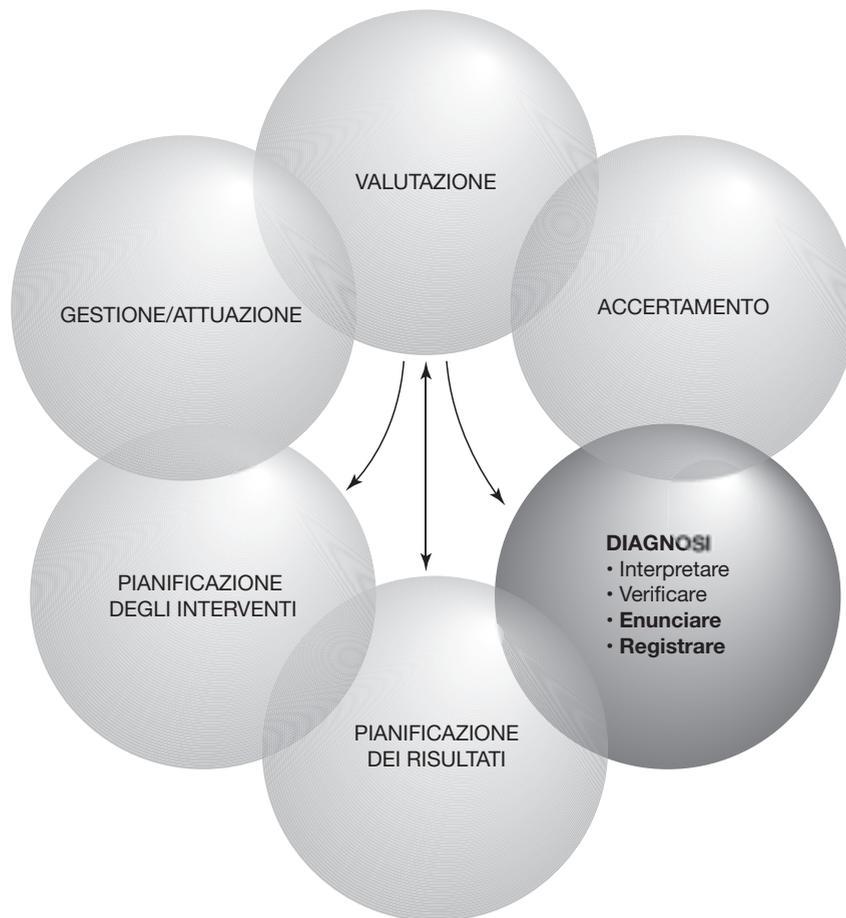


FIGURA 5-1 La fase della diagnosi: formulazione dell'enunciazione diagnostica.

mieri sanno e fanno, e a sviluppare sistemi che applicano tale sapere nell'attività professionale, nella formazione e nella ricerca.

Sistemi di classificazione

Un **sistema di classificazione** (detto anche **tassonomia**) identifica e classifica idee o oggetti in base alle loro analogie; per esempio, in anatomia, le parti del corpo sono denominate e classificate secondo i sistemi corporei cui appartengono; così, radio e ulna sono ossa e fanno parte del sistema scheletrico. I sistemi di classificazione sono creati e utilizzati per vari scopi. Quelli che seguono sono alcuni esempi di sistemi di classificazione, non infermieristici, usati nell'assistenza sanitaria.

RIFLESSIONE

I linguaggi standardizzati sono necessari per la strutturazione e la comunicazione delle conoscenze e della pratica e per la valutazione di costi e qualità dell'assistenza infermieristica.

- ◆ *L'International Classification of Disease (ICD)* menziona e classifica le condizioni cliniche, incluse le malattie mentali (*Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO, 2007*).
- ◆ *La Current Procedural Terminology (CPT)* nomina e definisce tutte le prestazioni e le procedure effettuate dai medici. È usata per il rimborso delle spese mediche (*American Medical Association, 2010*).
- ◆ Il *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* dell'American Psychiatric Association (2000) è usato dagli specialisti per denominare e descrivere le malattie psichiatriche.



Necessità di uniformare il linguaggio infermieristico

L'esistenza di classificazioni ben elaborate di linguaggi infermieristici standard è necessaria allo scopo di:

1. **Accrescere il sapere infermieristico.** Le tassonomie strutturano la memoria, il pensiero e il processo decisionale. La loro organizzazione sistematica struttura un corpus di conoscenze, rendendo possibile l'identificazione delle lacune e delle relazioni all'interno di esso. Le tassonomie infermieristiche finora sviluppate hanno già raccolto e organizzato i principali concetti necessari all'elaborazione di teorie infermieristiche di livello specifico (Blegen e Tripp-Reimer, 1997)¹.
2. **Supportare la documentazione computerizzata.** L'utilizzo di sistemi informativi e di documentazione clinica computerizzati richiede linguaggi standard che possano essere trasformati in codici numerici. Per includere i dati e la documentazione di propria competenza nella cartella clinica dell'assistito e nei database utilizzati per la ricerca, è necessario un linguaggio infermieristico condiviso da tutti gli infermieri.
3. **Definire e diffondere il sapere proprio dell'infermieristica.** Negli Stati Uniti e in Europa gli infermieri sono il gruppo più numeroso di professionisti sanitari. Tuttavia, c'è una certa confusione, anche tra gli stessi infermieri, su ciò che essi fanno. Un linguaggio condiviso permetterebbe a tutti gli infermieri di dialogare tra loro e con chi è al di fuori della professione infermieristica, e li metterebbe in condizione di descrivere che cosa essi fanno realmente per gli assistiti e di evidenziare il contributo della pratica infermieristica al miglioramento dei risultati conseguiti dai loro assistiti.

Nello sforzo di ridurre i costi, la maggior parte delle strutture sanitarie sta riesaminando e riorganizzando i ruoli tradizionali, specialmente quelli degli infermieri. Affinché l'infermieristica si affermi come disciplina, è indispensabile rispondere a due domande fondamentali: a) Che cosa fanno gli infermieri? e b) Le prestazioni infermieristiche determinano una differenza nei risultati conseguiti dagli assistiti? Per fornire le risposte a queste domande sono necessarie conoscenze basate sulla ricerca che, per evidenziare i contributi dell'infermieristica, richiede linguaggi infermieristici standard.

4. **Migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica.** Ogni disciplina dovrebbe delineare gli elementi informativi necessari per definire e valutare un'esperienza clinica.

Per l'infermieristica, tali elementi sono rappresentati dalle diagnosi infermieristiche, dagli interventi infermieristici e dai risultati infermieristici ottenuti. Includendo terminologie infermieristiche standard nei sistemi di documentazione clinica si possono elaborare informazioni utili per valutare l'efficacia degli interventi infermieristici.

5. **Influenza sulle decisioni di politica sanitaria.** L'introduzione di termini standard potrebbe produrre dati che rappresentano l'attività assistenziale più fedelmente di quanto facciano le valutazioni correlate ai risultati attualmente utilizzate (Rutherford, 2008).

Tali dati renderebbero possibile la comparazione dell'efficacia e del costo delle prestazioni infermieristiche, non solo all'interno di una determinata struttura sanitaria, ma anche fra strutture diverse. I risultati di questi studi potrebbero inoltre incidere sulle decisioni di politica sanitaria a livello locale, regionale e nazionale.

Tassonomie infermieristiche

La Tabella 5.1 contiene un elenco delle terminologie infermieristiche standardizzate [tassonomie; *N.d.C.*] attualmente riconosciute dall'American Nurses Association (ANA) e in uso negli Stati Uniti. Ogni sistema sarà descritto dettagliatamente in questo capitolo e nei successivi. Le tassonomie NANDA-I, Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC) focalizzano ognuna un singolo elemento dell'infermieristica (rispettivamente diagnosi, interventi e risultati²). La Clinical Care Classification (CCC) e la classificazione Omaha li contengono tutti e tre: diagnosi, risultati e interventi. Poiché questo capitolo focalizza le diagnosi infermieristiche, la tassonomia NANDA-I viene descritta in modo più approfondito degli altri sistemi di classificazione.

TABELLA 5-1 Tassonomie infermieristiche riconosciute dall'American Nurses Association

TASSONOMIA	ELEMENTI CLASSIFICATI	COMMENTI
NANDA International	Diagnosi	Prima tassonomia del linguaggio infermieristico elaborata negli Stati Uniti. Solo successivamente a essa sono stati sviluppati linguaggi standardizzati per descrivere i risultati sensibili all'assistenza infermieristica e gli interventi infermieristici. Riguarda complessivamente molteplici aree specialistiche di attività professionale.
NIC (Nursing Interventions Classification)	Interventi	Prima classificazione complessiva standardizzata degli interventi infermieristici. Sviluppata da un gruppo di ricerca dell'Università dello Iowa, descrive le attività di assistenza diretta e indiretta svolte dagli infermieri (McCloskey and Bulechek 1992). Riguarda globalmente molteplici aree specialistiche di attività professionale.
NOC (Nursing Outcomes Classification)	Risultati	Prima classificazione standardizzata dei risultati dell'assistito sui quali l'infermieristica può incidere. Sviluppata da un gruppo di ricerca dell'Università dello Iowa, descrive i risultati che possono essere condizionati da azioni infermieristiche autonome (Johnson e Maas 1997). Riguarda complessivamente molteplici aree specialistiche di attività professionale.
Clinical Care Classification	Diagnosi, risultati (attesi e reali), interventi	Tassonomia concepita per l'assistenza domiciliare o ambulatoriale. Specificamente ideata per sistemi informativi computerizzati. Frutto di una ricerca condotta presso la Georgetown University School of Nursing (Saba 1995, 1997).
Omaha System	Diagnosi, interventi, risultati	Sistema di classificazione e di codifica di problemi, risultati e interventi infermieristici per persone assistite nella comunità. Sviluppata dalla Visiting Nurses Association of Omaha, Nebraska (Martin e Scheet 1992).

Fonte: Nursing Information and data Set Evaluation Center (ultimo aggiornamento 2006).
Disponibile all'indirizzo <http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm>.



Oltre alle tassonomie adottate negli Stati Uniti, l'International Council of Nurses (ICN) sta sviluppando una Classificazione Internazionale dell'Attività Infermieristica (International Classification of Nursing Practice, ICNP) che categorizza fenomeni (diagnosi infermieristiche), risultati e azioni infermieristiche (ICN, 2009). Questa classificazione intende fornire un linguaggio condivisibile da tutti gli infermieri del mondo.

5.1 VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

1. Elencare almeno quattro ragioni che rendono necessari i linguaggi infermieristici standardizzati.
2. (Vero o falso) Un tassonomia classifica idee e oggetti in base alle loro analogie.

Si veda la risposta a Verifica dell'apprendimento n. 5.1 nell'Appendice A



■ NANDA International

Negli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, gli esperti di infermieristica riconobbero la necessità di descrivere l'attività professionale e le conoscenze proprie della disciplina infermieristica. Per identificare i problemi degli assistiti che richiedono un intervento infermieristico sono stati condotti vari studi; questi hanno prodotto elenchi di *problemi infermieristici* (Abdellah, 1957) e di *bisogni degli assistiti* che potrebbero richiedere un'assistenza infermieristica di base (Henderson, 1964). Sebbene nessuno di questi elaborati fosse di fatto un elenco di problemi degli assistiti come li definiremmo ora, entrambi dimostravano che l'assistenza infermieristica si concentra su qualcosa di diverso dai processi patologici. Nel 1973 l'American Nurses Association identificò l'elaborazione della diagnosi infermieristica come una funzione importante del professionista infermiere.

Prima del 1973 non esisteva un linguaggio che descrivesse le conclusioni a cui gli infermieri pervengono attraverso l'accertamento. Sebbene la NANDA-I sia un'organizzazione di volontari e disponga di finanziamenti esigui, con la sua classificazione delle diagnosi infermieristiche essa ha contribuito in maniera fondamentale alla definizione e classificazione del linguaggio infermieristico. Tale lavoro ebbe inizio nel 1973, quando la facoltà di Infermieristica della St. Louis University, presieduta da Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin, organizzò la prima conferenza sulla classificazione. A tale scopo fu costituito un gruppo di lavoro nazionale e, alla *First Conference on Nursing Diagnosis*, parteciparono 100 infermieri (Gebbie, 1976). Questo gruppo di lavoro continuò a incontrarsi ogni due anni e, alla quinta edizione della conferenza, tenutasi nel 1982 (Kim et al., 1984), si costituì formalmente come *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Dal 2006 l'Associazione ha assunto la denominazione NANDA International (NANDA-I) a testimoniare la partecipazione di infermieri di tutto il mondo alle sue attività.

I membri di NANDA-I sono infermieri con esperienza specifica nei campi dell'educazione, della clinica, della ricerca, della gestione, nonché in tutte le aree specialistiche dell'infermieristica (per esempio, terapia intensiva, assistenza materno-infantile, assistenza domiciliare). Questa diversità assicura la disponibilità di contributi da prospettive diverse.

Le principali funzioni dei gruppi inizialmente costituiti erano quelle di produrre delle categorie diagnostiche, di denominarle e di applicarle. L'accento si è successivamente spostato sulla spiegazione dei titoli diagnostici esistenti, sull'elaborazione dei fattori eziologici e delle caratteristiche definenti. Queste priorità esistono tuttora, insieme con altre, quali la revisione della tassonomia, la promo-