

Prefazione

Questa edizione del libro si compone di quattro parti.

La **Parte I** comprende tre capitoli che descrivono i linguaggi NNN e il loro uso.

La **Parte II** fornisce i collegamenti tra le diagnosi NANDA-I, i risultati NOC e gli interventi NIC.

Le Parti I e II erano già presenti nelle precedenti edizioni di questo testo.

La **Parte III**, invece, è del tutto nuova: descrive i collegamenti delle diagnosi NANDA-I (integrazione effettuata per l'edizione italiana, *N.d.C.*), dei risultati NOC e degli interventi NIC con alcune condizioni cliniche selezionate.

La **Parte IV**, già presente nelle precedenti edizioni, comprende gli elenchi delle diagnosi NANDA-I (integrazione effettuata per l'edizione italiana, *N.d.C.*), dei risultati NOC e degli interventi NIC.

Il corpo principale del libro continua a contenere i collegamenti delle diagnosi infermieristiche NANDA-I con i risultati NOC e gli interventi NIC, ma, in questa edizione, sono stati aggiunti i collegamenti a dieci condizioni cliniche che gli infermieri affrontano di frequente nella loro pratica clinica infermieristica.

Queste condizioni cliniche comprendono Asma, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro del colon e del retto, Diabete mellito, Depressione, Insufficienza cardiaca, Ipertensione, Polmonite, Ictus e Sostituzione totale dell'articolazione: ginocchio/anca. Queste condizioni cliniche sono prevalenti negli Stati Uniti, spesso sono croniche e possono comportare costi notevoli per l'assistito e per la società.

I linguaggi di cura standardizzati utilizzati nel libro sono:

1. le diagnosi infermieristiche NANDA International 2009-2011 (per l'edizione italiana del testo i titoli e le definizioni delle diagnosi NANDA-I sono stati aggiornati alla tassonomia 2012-2014, *N.d.C.*);

2. la classificazione dei risultati infermieristici NOC (*Nursing Outcomes Classification*), 4^a edizione (per l'edizione italiana del testo i titoli e le definizioni dei risultati NOC sono stati aggiornati alla 5^a edizione del 2013, *N.d.C.*);

3. la classificazione degli interventi infermieristici NIC (*Nursing Interventions Classification*), 5^a edizione (per l'edizione italiana del testo i titoli e le definizioni degli interventi NIC sono stati aggiornati alla 6^a edizione del 2013, *N.d.C.*).

La dimostrazione di come questi tre linguaggi tassonomici possano essere collegati tra loro si evidenzia dalla relazione esistente tra diagnosi infermieristiche, risultati e interventi che, se utilizzati insieme, favoriscono il ragionamento clinico.

Il libro può aiutare gli infermieri a sviluppare piani di assistenza sia per singoli assistiti sia per popolazioni di assistiti, e può essere un mezzo utile nei sistemi informativi computerizzati.

Stabilire collegamenti tra una diagnosi infermieristica, un risultato infermieristico e interventi infermieristici selezionati per trattare la diagnosi e raggiungere il risultato permette di valutare l'assistenza infermieristica per popolazioni di assistiti e di determinare l'efficacia dell'infermieristica.

La **Parte I** del libro contiene tre capitoli: i primi due sono simili ai capitoli delle precedenti edizioni, il terzo è completamente nuovo.

Il **Capitolo 1** fornisce una breve panoramica dei tre linguaggi NNN, una descrizione di come il lavoro di collegamento è progredito nel tempo e i cambiamenti intervenuti nella presentazione dei collegamenti.

Il **Capitolo 2** si concentra su come i collegamenti possono essere utilizzati nella pianificazione delle cure infermieristiche, nei sistemi informativi computerizzati e nei processi di ragionamento clinico e di presa delle decisioni. Fornisce inoltre una panora-

mica sull'utilizzo del modello OPT (*Outcome-Present State*) come esempio di ragionamento clinico che può essere particolarmente utile quando si insegna agli studenti infermieri.

Il **Capitolo 3** ha un diverso obiettivo: tratta di come i linguaggi standardizzati possono essere utilizzati nella progettazione e nell'applicazione dei sistemi di informazione computerizzati per l'assistenza infermieristica. Questo capitolo sarà utile agli infermieri che devono rintracciare le informazioni di cui hanno bisogno attraverso un sistema computerizzato e spiega loro come usarlo; sarà utile anche agli infermieri informatici che collaborano alla progettazione di questi sistemi e alla loro implementazione all'interno dell'organizzazione. Gli autori sono interessati ai feed-back sull'utilità di questo capitolo per valutare se inserirlo, magari con qualche modifica, nelle prossime edizioni.

La **Parte II** è costituita dai collegamenti tra le diagnosi NANDA-I, i risultati NOC e gli interventi NIC. I collegamenti sono sviluppati a partire dalle diagnosi NANDA-I.

Nella **Sezione 2.1** vi è una introduzione metodologica dei collegamenti per le diagnosi reali e di promozione della salute.

Nella **Sezione 2.2** Le diagnosi reali e di promozione della salute sono elencate in ordine alfabetico secondo il focus diagnostico NANDA-I (per esempio, *Deficit nella cura di sé: alimentazione* - codice 00102 - si trova ordinato alfabeticamente sotto la lettera C in quanto il focus diagnostico è la **cura di sé**, mentre *Disponibilità a migliorare la nutrizione* - 00163 - si trova sotto la lettera N in quanto il focus diagnostico è la **nutrizione**).

Nella **Sezione 2.3** vi è una introduzione metodologica dei collegamenti per le diagnosi di rischio.

Nella **Sezione 2.4** le diagnosi di rischio sono anch'esse elencate in ordine alfabetico secondo il focus diagnostico.

I risultati NOC suggeriti sono collegati a ciascuna diagnosi e gli interventi NIC consigliati sono collegati a ciascuno dei risultati NOC. Nella tabella sono riportate le definizioni delle diagnosi NANDA-I e dei risultati

NOC. Le definizioni aggiornate di tutti i risultati NOC e tutti gli interventi NIC sono riportate in appendice nella parte IV.

Rispetto alla precedente edizione, sono state apportate modifiche ai criteri con cui sono stati selezionati i risultati NOC e gli interventi NIC associati a ciascuna diagnosi infermieristica. I risultati selezionati riflettono la misura:

1. della risoluzione del problema individuato da una diagnosi reale;
2. del miglioramento delle condizioni dell'assistito identificate dalle caratteristiche definenti della diagnosi infermieristica;
3. della prevenzione del problema reale, così come della risoluzione dei fattori di rischio nelle diagnosi di rischio.

Nella scelta degli interventi NIC, sono stati selezionati prima quelli da considerare a fronte dei fattori correlati della diagnosi e successivamente quelli relativi al collegamento NANDA-I, NOC e NIC.

Questo aiuta a identificare i risultati e gli interventi volti a risolvere direttamente le condizioni attuali dell'assistito come definite dalla diagnosi e dalle caratteristiche definenti. Ad alcune delle diagnosi sono state aggiunte delle note (*Suggerimenti di pensiero critico*) per chiarire la ragione di una scelta o per motivare perché alcuni risultati NOC/interventi NIC sono stati scelti o esclusi.

Questi sono i principali cambiamenti nel processo di ragionamento utilizzato per identificare i risultati NOC e gli interventi NIC; in precedenza, i risultati NOC e gli interventi NIC volti a risolvere la diagnosi, le caratteristiche definenti e i fattori correlati erano inclusi tutti nei collegamenti.

I collegamenti per le diagnosi "di rischio" sono stati rivisti, per evitare di ripetere risultati e interventi uguali o simili già utilizzati con una diagnosi reale dello stesso problema, per esempio, *Autostima situazionale scarsa* (00120) e *Rischio di autostima situazionale scarsa* (00153). Nelle edizioni precedenti, i risultati NOC per la misura della prevenzione delle condizioni "di rischio", in questo caso di scarsa autostima, in gene-

re, erano una ripetizione modificata dei risultati NOC per la misura della risoluzione della condizione reale di autostima situazionale scarsa.

In questa edizione, il risultato NOC *Autostima* (1205), che misura il verificarsi di una scarsa autostima quando utilizzato con la diagnosi *Rischio di autostima situazionale scarsa* (00153), è presentato come il risultato per valutare e misurare l'effettivo verificarsi del "rischio" del problema.

Interventi per raggiungere questo risultato sono elencati con la diagnosi reale Autostima situazionale scarsa (00120). Dopo questo risultato NOC, è riportato un elenco di risultati NOC e un elenco di interventi NIC correlati ai fattori di rischio per una scarsa autostima. Gli interventi non sono collegati ai singoli risultati, perché l'elenco dei risultati può includere sia pochi sia molti titoli; se l'elenco comprende oltre 20 titoli NOC, diventa proibitivo fornire interventi NIC per ciascuno dei risultati, soprattutto se un intervento può essere applicabile a più di un risultato. Questi sono cambiamenti significativi nel processo di ragionamento che porta alla presentazione delle diagnosi "di rischio" e sarà apprezzato il feed-back da parte degli utenti di questo testo sull'utilità, o meno, di questi cambiamenti.

La **Parte III** è la novità di questa edizione. Comprende le dieci condizioni cliniche elencate in precedenza. Ogni condizione ha una breve descrizione, che include prevalenza, mortalità e costi, insieme a una concisa panoramica del decorso della malattia e/o dei sintomi correlati. Questa descrizione è seguita da un piano di assistenza generico che illustra l'utilizzo dei risultati NOC e degli interventi NIC per la condizione trattata (per l'edizione italiana, nel piano di assistenza sono state incluse anche le diagnosi NANDA-I pertinenti, selezionate cura dei curatori dell'edizione italiana, *N.d.C.*).

I piani di assistenza infermieristica, adeguati per una patologia di tipo acuto, in genere non coprono tutto il decorso della malattia se questa è di tipo cronico (in questo caso, i piani di assistenza infermieristica, di tipo monoprofessionale, potranno essere integrati o con i percorsi assistenziali di tipo multiprofessionale o con i progetti assistenziali individualizzati strutturati da equipe interdisciplinari e rivisti periodicamente, ogni 6, 9 o 12 mesi, a seconda del condizioni cliniche dell'assistito, *N.d.C.*).

Questa sezione è una breve illustrazione dell'uso delle diagnosi NANDA-I (solo per l'edizione italiana, *N.d.C.*), dei risultati NOC e degli interventi NIC nel caso in cui la condizione clinica sia descritta utilizzando un termine che non appare nella classificazione NANDA-I.

I possibili risultati NOC sono presentati con un breve elenco di interventi NIC appropriati per la condizione clinica. Nella maggior parte dei casi, il lettore può facilmente identificare le diagnosi infermieristiche che potrebbero rappresentare la condizione dell'assistito implicita nel risultato (nell'edizione italiana queste diagnosi sono state esplicitate dai curatori, *N.d.C.*).

Nella **Parte IV** sono riportati gli elenchi di tutte le diagnosi NANDA-I, (solo per l'edizione italiana, *N.d.C.*), di tutti i risultati NOC e di tutti gli interventi NIC.

Come per le edizioni precedenti, apprezzeremo tutti i feed-back positivi e le critiche costruttive relativi a cosa cambiare e a cosa lasciare invariato e a come rafforzare il libro per i vari tipi di utenti.

Questi riscontri risulteranno ancora più apprezzati a fronte delle modifiche significative apportate in questa edizione.

Marion Johnson

Premessa

LINGUAGGI INFERMIERISTICI UNIFICATI

Si consideri la lingua inglese. Ci sono tante varianti quante sono le nazioni che la considerano la loro lingua madre. Nel Regno Unito, per esempio, la gente ripone la spesa nel bagagliaio (*boot*). In Nord America, la gente mette gli stivali (*boots*) ai piedi e gli acquisti della spesa nel bagagliaio (*trunk*).

Le differenze nella lingua sono evidenti proprio mentre scrivo questa premessa: con il dizionario *Inglese (UK)* appare una linea ondulata rossa sotto la mia ortografia della parola "center" e l'unico modo per farla sparire è quello di cambiare la lingua predefinita del computer in *Inglese (US)*.

Sebbene aneddoti divertenti, che illustrano come siamo diversi pur in presenza di una lingua comune, rendano meravigliose le conversazioni a cena, la pratica clinica sicura, la ricerca efficace e la formazione si basano sulla coerenza del linguaggio, in particolare, in relazione a diagnosi infermieristiche, interventi e risultati.

Il fatto che stiate maneggiando un libro che tratta questo argomento significa che siete persone che riconoscono di poter essere parte della soluzione.

NANDA International e il Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness presso il College of Nursing della University of Iowa (*the Center*) continuano a sviluppare e diffondere le più importanti classificazioni infermieristiche mondiali, basate su prove di efficacia, relative a diagnosi infermieristiche, interventi e risultati.

Questo libro dimostra l'impatto positivo che una più stretta collaborazione tra NANDA International e il Center può avere sulla sicurezza della persona assistita.

Come Presidente di NANDA International sono personalmente impegnato a sviluppare ulteriormente questo rapporto, a vantaggio di una maggior sicurezza nella cura dell'assistito, e vi raccomando questo testo.

Professor Dickon Weir-Hughes
President, NANDA International

Presentazione dell'edizione italiana

*L'azione, ecco il comune denominatore di ogni grande successo;
l'azione è ciò che produce risultati.
Il sapere è un potere potenziale finché non
capita nelle mani di qualcuno che sa agire con efficacia.
In fin dei conti, il termine "potere" significa "facoltà di agire"*
Anthony Robbins

È un onore presentare la seconda edizione italiana de *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC. Sostenere il ragionamento clinico e la qualità dell'assistenza* sulla terza edizione inglese.

Il testo rappresenta una guida pratica all'utilizzo dei collegamenti tra i tre linguaggi infermieristici standardizzati:

- 1) la classificazione delle diagnosi **NANDA International (NANDA-I)**, frutto del lavoro clinico, organizzativo e di ricerca a livello mondiale degli infermieri riuniti dagli anni '60-70 attorno all'omonima associazione. Una diagnosi infermieristica "è un giudizio clinico riguardante le esperienze/riposte della persona, del caregiver, della famiglia, del gruppo o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. Una diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità". La tassonomia NANDA-I definisce i **problemi di salute della persona assistita di esclusiva competenza infermieristica**;
- 2) la classificazione **NOC** dei risultati infermieristici sensibili all'assistenza infermieristica. Un risultato "è la condizione, il comportamento, la percezione di un individuo, di un caregiver, di una famiglia, di un gruppo o di una comu-

nità che vengono misurati attraverso un continuum in risposta a uno o più interventi infermieristici". La tassonomia NOC definisce i **risultati di salute condivisi con la persona assistita di esclusiva competenza infermieristica**;

- 3) la classificazione **NIC** degli interventi infermieristici. Un intervento "è costituito da una qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze infermieristiche che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito". La tassonomia NIC definisce gli **interventi di competenza infermieristica e di competenza integrata condivisi con la persona assistita**.

Le **classificazioni NOC e NIC** sono il frutto maturo del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC)*, uno dei maggiori centri internazionali per la classificazione infermieristica e l'efficacia clinica istituito negli anni '90 presso il *College of Nursing della University of Iowa*.

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

2002 organizza una conferenza internazionale sul linguaggio infermieristico, la classificazione e l'informatica.

I tre linguaggi sono stati riconosciuti:

- dall'American Nurses Association (ANA);
- dalla Health Level 7 (HL7),

e inclusi:

- nella National Library of Medicine's Methesaurus for a Unified Medical Language System (UMLS);
- nel Cumulative Index to Nursing Literature (CINAHL);
- nella Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED-CT).

A partire da questo breve excursus storico-evolutivo¹, eccoci al presente testo, inteso come strumento a supporto del ragionamento clinico del professionista infermiere per offrire cure di qualità alla persona assistita.

Il testo si focalizza sulle terminologie infermieristiche standardizzate NNN, le quali permettono all'infermiere di osservare, interpretare, prevenire, risolvere e valutare i fenomeni di interesse della disciplina infermieristica collegati a persona, ambiente, salute e assistenza infermieristica.

Il testo è costituito da quattro parti.

Il volume in inglese si basa sulle diagnosi infermieristiche NANDA-I 2009-2011, e sui risultati NOC e gli interventi NIC editi nel 2008.

Per l'edizione italiana, i titoli e le definizioni NANDA-I, NOC e NIC sono stati aggiornati alle edizioni recenti pubblicate dalla Casa Editrice Ambrosiana: **“Diagnosi Infermieristiche definizione e classificazione, 2012-2014”**, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2012, Moorhead, S., Johnson, M., Mas, M. e Swanson, E., **Classificazione NOC**

dei risultati infermieristici, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013, e Bulechek, G.M., Butcher, H., Dochterman, J.M. e Wagner, C.M., **Classificazione NIC degli interventi infermieristici**, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2014.

La **prima parte** comprende i tre capitoli che descrivono i linguaggi e il loro utilizzo.

Le autrici delineano l'importanza dei collegamenti tra NNN per la pianificazione dell'assistenza, per la formazione, per l'applicazione del decision making basato su prove di efficacia e per lo sviluppo della ricerca infermieristica.

Un linguaggio infermieristico uniforme è utile per diversi scopi, tra cui:

- fornire un linguaggio standard per favorire la comunicazione sia tra infermieri sia tra infermieri e altri professionisti sanitari, così come con il pubblico;
- consentire la raccolta e l'analisi di informazioni omogenee per documentare il contributo dell'assistenza infermieristica alla cura dell'assistito;
- favorire la valutazione e il miglioramento dell'assistenza infermieristica attraverso la valutazione dei risultati;
- favorire lo sviluppo della conoscenza infermieristica a sostegno del processo infermieristico;
- supportare lo sviluppo di sistemi di informazioni cliniche computerizzati e di cartelle cliniche informatizzate;
- fornire informazioni per l'attuazione di politiche organizzative e pubbliche in materia di salute e assistenza infermieristica;
- facilitare l'insegnamento delle abilità di ragionamento clinico agli studenti infermieri e agli infermieri neolaureati.

Si riconosce, inoltre, la necessità di progettare sistemi informatici a supporto della pra-

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

- Nanda International, *Diagnosi Infermieristiche. Definizione e classificazione 2012-2014*. CEA, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2012, parte 1 e 4;
- Moorhead, S. e coll., *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. CEA, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013, appendice B;
- Bulechek, G.M. e coll., *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. CEA, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2014, appendice B.

tica infermieristica, in modo da consentire l'uso dei dati clinici infermieristici al fine di valutare la qualità e l'efficacia dell'assistenza fornita alle persone.

Un terminologia standardizzata quale NNN è vitale per la disciplina infermieristica, perché fornisce vocaboli coerenti per comunicare le conoscenze infermieristiche. Inoltre, permette la codifica di diagnosi infermieristiche NANDA-I, risultati NOC e interventi NIC per consentire l'acquisizione, la conservazione, il recupero e la trasformazione delle informazioni correlate all'assistenza infermieristica. L'American Nurses Association (ANA) ha riconosciuto e approvato come nomenclature, ai fini dell'utilizzo clinico, della formazione e della ricerca, le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

Poiché i **collegamenti NANDA-I, NOC e NIC** organizzano le informazioni infermieristiche in categorie significative di dati, esse costituiscono i "mattoni" per lo sviluppo di sistemi informatici clinici.

La **seconda parte** presenta i collegamenti tra le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati NOC e gli interventi NIC.

Il **nucleo** dei collegamenti è sempre una **diagnosi NANDA-I**, a cui sono associati i risultati NOC e gli interventi NIC suggeriti per quella diagnosi. Nel testo, per facilitare la lettura, le diagnosi sono presentate in ordine alfabetico, secondo il focus diagnostico, mentre i risultati e gli interventi sono elencati in ordine di codice.

Nell'edizione italiana, sono stati aggiunti, a titolo di esempio, i collegamenti tra NANDA-I, NOC e NIC per due diagnosi nuove dell'edizione 2012-2014: *Relazione inefficace* (00223) e *Rischio di ittero neonatale* (00230).

La **terza parte** è nuova e descrive i collegamenti tra dieci condizioni cliniche, e i risultati NOC e gli interventi NIC.

Rispetto all'edizione americana, che prevede il collegamento diretto dei NOC e dei NIC con la condizione clinica, nell'edizione italiana, a fini formativi e clinici, è stata aggiunta l'indicazione delle diagnosi NANDA-I di riferimento, seguita dalla tabella che elen-

ca i risultati NOC e gli interventi NIC così come riportati nella versione originale del testo. Questo "adattamento" deriva dalla consapevolezza che le diagnosi infermieristiche sono le **esperienze**, le risposte ai problemi di salute, per cui è utile partire dalla diagnosi infermieristica e mantenere la diagnosi medica come riferimento di "sfondo" per una comprensione d'insieme e integrata della persona assistita. La diagnosi infermieristica è infatti l'elemento fondante per lo sviluppo dei piani di assistenza in una logica sia di coerenza metodologica con la tassonomia NNN sia di processo di assistenza infermieristica.

Nella realtà operativa, è l'infermiere, attraverso la valutazione iniziale, il pensiero critico e le preferenze della persona, a definire CON la persona stessa le diagnosi infermieristiche di promozione della salute, di rischio e reali, e scegliere i risultati e gli interventi.

La **quarta parte** contiene le Appendici A e B, con gli elenchi dei risultati NOC e degli interventi NIC (nell'edizione italiana le classificazioni NOC e NIC sono rispettivamente aggiornate alle pubblicazioni edita da CEA nel 2013 e nel 2014), e l'indice delle diagnosi NANDA-I 2012-2014.

Domanda: *perché leggere questo testo?*

Risposta: *per apprendere l'utilizzo delle tassonomie NNN e rendere "visibile la forza concettuale e scientifica" della professione infermieristica.*

Le tassonomie NNN rendono evidente il contributo degli interventi infermieristici nei risultati di salute ottenuti da e per gli assistiti. Gli infermieri devono esprimere esattamente ciò che garantiscono ai loro assistiti. L'infermieristica ha una lunga tradizione nel tramandare verbalmente le informazioni relative alle persone, e questo la rende invisibile. Documentare e pianificare l'assistenza mediante NNN contribuirà a **portare alla luce i benefici della pratica clinica infermieristica**. Inoltre, migliora la comunicazione tra gli infermieri e gli altri professionisti della salute. Nel corso dello sviluppo

della disciplina infermieristica, gli infermieri hanno documentato l'assistenza utilizzando terminologie individuali, o specifiche dell'unità operativa o di altre discipline, di conseguenza esiste una vasta gamma di "parole" per descrivere la stessa cura infermieristica assicurata alle persone. Le tassonomie NNN permettono l'uso di un linguaggio comune, facilmente comprensibile **per esplicitare il prendersi e l'aver cura dell'altro**, focus dell'infermieristica. Infatti, l'assistenza infermieristica è cura e guarigione, è personalizzata in base ai problemi di salute e ai valori della persona, come enunciato all'articolo 3 del codice deontologico dell'Infermiere del 2009: *"la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*.

Ma, come dimostrare il contributo della professione infermieristica nei risultati di salute delle persone all'intero del mondo sanitario?

Se una professione non possiede un linguaggio specifico, non esiste.

Solo se le parole sono applicate in modo corretto, condiviso dai professionisti, la descrizione di ciò che osserviamo può essere comunicata e compresa anche dagli altri.

È quindi importante attribuire un nome, esprimere con chiarezza e agire sui fenomeni di assistenza infermieristica, perché la professione possa assolvere il suo mandato e la sua ragione d'essere nella società.

Questo concetto è espresso nell'articolo 2 del codice deontologico dell'Infermiere *"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazione ed educativa"*.

Ciò implica assumersi la **responsabilità professionale** per dar voce e agire a partire dal proprio bagaglio di conoscenze, valori, norme deontologiche, interventi esperti (la conoscenza empirica deve essere costruita in alleanza con la conoscenza etica, estetica e personale) per risolvere i problemi di

salute delle persone e garantire **cure efficaci e sicure alla persona**.

L'infermieristica è una disciplina pratica, che ricerca il *"sapere in vista del conoscere-essere-fare"*, per questo l'aspetto del linguaggio deve essere "inquadrato" in una logica sistemica, che è, nel nostro caso, il **processo di assistenza infermieristica**, costituito da 6 fasi:

- valutazione iniziale (implica l'ascolto della storia della persona e l'accertamento con la scelta di un modello teorico, per esempio "Gli 11 modelli funzionali della salute" di M. Gordon);
- diagnosi infermieristica NANDA-I;
- pianificazione dei risultati NOC;
- pianificazione degli interventi NIC;
- gestione/attuazione degli interventi NIC e relative attività;
- verifica intermedia con gli indicatori NOC e valutazione finale del risultato globale.

Come ben noto, le fasi del processo infermieristico, sono declinate anche nel Profilo dell'infermiere (D.M. 739/94) all'articolo 1 comma 3: *"L'infermiere (...) punto b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività, e formula i relativi obiettivi; punto c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; (...)"*.

Proprio il punto (d) può offrire una nuova realtà alla disciplina, visto che l'infermiere è il professionista della salute responsabile dell'assistenza infermieristica, assistenza che è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. Ciò che garantisce sono: le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati NOC e gli interventi NIC.

Il processo di assistenza infermieristica diventa così il metodo sistematico che fornisce un quadro concettuale, entro il quale gli infermieri applicano un mix unico di problem solving e decision making, di conoscenze, abilità e competenze relazionali che costituiscono l'**arte** e la **scienza** dell'assistenza infermieristica.

Il processo di assistenza infermieristica guida il professionista infermiere per identificare, prevenire e trattare i problemi di salute reali o potenziali, per identificare i punti di forza dell'assistito e le sue vulnerabilità, e promuoverne la salute; mentre l'utilizzo di un linguaggio standardizzato assicura una comunicazione chiara ed efficace che permette di indirizzare al meglio la pianificazione delle cure assistenziali.

Infine, ognuno di noi, nel proprio ambito di assistenza, organizzazione, formazione, ricerca e consulenza, può contribuire a cambiare la pratica professionale infermieristica per creare, sviluppare e mantenere una cultura professionale che dia valore alla competenza, all'autonomia e alla responsabilità nell'aver cura delle persone assistite.

La conoscenza scientifica e il linguaggio standardizzato possono sembrare in antitesi con i valori del caring, dell'essere presenti,

dell'essere con l'altro, ma è sempre il singolo professionista infermiere che dimostra in ogni incontro con l'altro la capacità di assistere e di essere **presenza capace di guarire**, di ricevere e di dare vita co-costruendo una **relazione biogenica**.

Come affermava Virginia Henderson, nel suo testo "The nature of nursing": "*Infine, la qualità dell'assistenza infermieristica dipende da coloro che la erogano*".

L'augurio è che tutti gli infermieri siano in grado di conciliare l'**aspetto scientifico** (modello teorico infermieristico di riferimento, processo di assistenza, tassonomie NNN) e l'**aspetto artistico** (relazione-narrazione-personalizzazione, ...) della disciplina nel **gesto** quotidiano rivolto alla persona.

L'aver cura dell'altro è una pratica guidata dall'intenzione di favorire il **ben-essere**, gesto che può trasformarsi in un soffio vitale per l'esistenza...

**Luisa Anna Rigon
Orietta Meneghetti**

Dott.ssa Luisa Anna Rigon

Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere Insegnante Dirigente,

Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

- Fondatore e Presidente di Formazione in Agorà- Scuola di Formazione alla Salute - Padova
- Consulente CEA - Area Editoriale Scienze Infermieristiche
- Docente al Corso di Master in Lesioni cutanee nell'adulto e nel bambino - Università degli Studi di Firenze
- Docente al Corso di Master in L'Infermiere Case Manager - Università degli Studi di Padova
- Docente al Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche - Università degli Studi di Firenze

Dott.ssa Orietta Meneghetti

Infermiere, Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche,

Master Universitario 1° livello in "Funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie",

Master Universitario 1° livello in "Gestione dei Processi infermieristici nel Soccorso Sanitario Urgenza-Emergenza 118"

- Infermiera Coordinatrice UO Medicina, Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda (Bs)
- Docente al corso di Laurea Infermieristica - Università degli Studi di Brescia

Nota terminologica

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

Il primo passo formale, in questo senso, è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo NANDA International, *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri Paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale, è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere, in lingua italiana, i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche. Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi, e tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di NANDA International.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito infermieristico è riuscito a condividere una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati dell'assistito e dei relativi interventi infermieristici. La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di J. Mc-Closkey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia messa a punto in precedenza per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC, e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Questa attività è proseguita negli anni successivi e ha dato origine, nel 2013, alla pubblicazione delle edizioni 2013 delle due classificazioni NOC e NIC.

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

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



Introduzione ai collegamenti con le diagnosi reali e di promozione della salute

Questa sezione del libro contiene i collegamenti tra NANDA-I, NOC e NIC.

Al modo in cui i collegamenti sono costruiti e presentati è stata apportata una serie di modifiche.

Il punto di partenza dei collegamenti è sempre una diagnosi NANDA-I. Il lettore potrà individuare la diagnosi di interesse e troverà i risultati NOC e gli interventi NIC suggeriti per quella diagnosi. Le diagnosi sono in ordine alfabetico, secondo il focus diagnostico. Per esempio, la diagnosi NANDA-I *Deficit nella cura di sé: alimentazione* (00102), è ordinata secondo il focus diagnostico *cura di sé*, così come definito da NANDA-I.

Le diagnosi che descrivono il rischio di sviluppare un problema non sono incluse in questo elenco alfabetico di diagnosi poiché quelle reali definiscono una condizione di salute dell'assistito con caratteristiche definenti presenti. Le diagnosi di rischio presentano solo fattori correlati (fattori di rischio) e non caratteristiche definenti e sono trattate nelle successive **sezioni 2.3 e 2.4**.

COSTRUZIONE DEI COLLEGAMENTI

Le diagnosi NANDA-I con caratteristiche definenti includono diagnosi reali e diagnosi di promozione della salute in cui le caratteristiche definenti sono manifestazioni, segni o sintomi della condizione della persona assistita. Le caratteristiche definenti relative alle diagnosi di promozione della salute supportano la disponibilità dell'assistito a migliorare il suo stato di salute. Anche le diagnosi reali hanno fattori correlati che descrivono le condizioni antecedenti, contribuenti o associate alla diagnosi (NANDA International, 2012). Le caratteristiche definenti della diagnosi e gli indicatori di risultato descrivono

la condizione dell'assistito che deve essere migliorata o mantenuta attraverso gli interventi infermieristici.

Nelle edizioni precedenti, i collegamenti includevano alcuni risultati, ma soprattutto interventi, che affrontavano sia i fattori correlati sia le caratteristiche definenti. Gli autori riconoscono che i fattori correlati possono essere della massima importanza nella scelta degli interventi per un assistito, ma riferirsi ai fattori correlati spesso richiede di affrontare una nuova diagnosi.

Per esempio, le caratteristiche definenti della diagnosi *Perfusione tissutale periferica inefficace* (00204) e gli indicatori del risultato *Perfusione tissutale: periferica* (0407) rappresentano misure per accertare la reale perfusione tissutale. Anche se i fattori correlati, come insufficiente conoscenza, diabete mellito, ipertensione e stile di vita sedentario, possono essere sia antecedenti sia associati all'inadeguata perfusione tissutale, spesso rappresentano un'altra diagnosi infermieristica da prendere in considerazione. In questo caso, le diagnosi NANDA-I che potrebbero essere considerate sono *Conoscenza insufficiente* (00126) e *Stile di vita sedentario* (00168).

È stato fatto ogni sforzo per selezionare i risultati e gli interventi che rispondono alle caratteristiche definenti della diagnosi o agli indicatori di risultato pertinenti a essa. Per facilitare l'individuazione degli interventi cruciali per il trattamento dei fattori correlati per ciascuna diagnosi infermieristica, abbiamo evidenziato i principali interventi che possono essere utilizzati per affrontare i fattori correlati. Queste modifiche hanno ridotto il numero degli interventi e, in alcuni casi, il numero dei risultati previsti per ciascuna diagnosi, in altri casi sono stati aggiunti risultati o interventi complementari.

PRESENTAZIONE DEI COLLEGAMENTI

Le modifiche apportate nella costruzione dei collegamenti hanno permesso variazioni nella loro formattazione. Gli interventi NIC che sono elencati per i fattori correlati delle diagnosi reali sono presentati in ordine di codice prima della tabella che presenta i risultati e gli interventi associati alla diagnosi e alle caratteristiche definenti. Benché gli interventi non siano collegati a specifici fattori correlati, è immediatamente evidente che nella scelta degli interventi sono stati considerati i fattori correlati.

Per esempio, gli interventi infermieristici per trattare i fattori correlati di *Perfusione tissutale periferica inefficace* (00204), come descritto sopra, comprendono interventi di educazione, promozione dell'esercizio fisico ed educazione alla salute.

I fattori correlati, come invecchiamento e procedure chirurgiche, non possono essere risolti con interventi infermieristici, ma quando si pianifica l'assistenza devono essere tenuti in considerazione. In questi casi, le variabili importanti sono gli effetti dell'invecchiamento o dell'intervento chirurgico sulla persona assistita, e le diagnosi, i risultati e gli interventi per gestire questi effetti.

La tabella che collega le diagnosi, i risultati e gli interventi ora contiene tre colonne: "Risultato NOC", "Interventi NIC principali" e "Interventi NIC suggeriti".

I risultati NOC, con relativa definizione, sono elencati in ordine di codice.

Anche gli interventi NIC sono elencati in ordine di codice, permettendo così al fruitore di individuare facilmente quelli più appropriati per la situazione dell'assistito. Molti degli interventi NIC che nelle prece-

denti edizioni erano elencati nella colonna "Interventi NIC facoltativi" erano orientati ai fattori correlati e quindi sono stati spostati in "NIC associati ai fattori correlati della diagnosi" o sono stati cancellati.

In altri casi, gli interventi nella colonna "Interventi NIC suggeriti" sono orientati sia ai fattori correlati sia alle caratteristiche definenti, e sono stati inclusi in entrambe le sezioni.

I cambiamenti non solo continuano a richiedere all'infermiere di formulare giudizi clinici sui risultati NOC e sugli interventi NIC per il singolo assistito, ma possono contribuire anche a identificare le diagnosi supplementari da prendere in esame. Le modifiche hanno aiutato anche i ricercatori delle tassonomie NOC e NIC a identificare nuovi risultati e interventi necessari, così come quelli che hanno bisogno di ulteriore affinamento. Questi cambiamenti, si spera, potranno aumentare l'utilità dei collegamenti per gli infermieri clinici, gli studenti infermieri, gli infermieri informatici e gli specialisti di tecnologia dell'informazione sanitaria.

I due casi clinici che seguono illustrano l'uso della classificazione NOC e dei collegamenti con NANDA-I nel caso di due diagnosi NANDA-I.

Un caso clinico è relativo a due diagnosi reali, l'altro è per la diagnosi *Disponibilità a migliorare il processo della gravidanza e della maternità* (00208).

Altri casi clinici che utilizzano la NNN possono essere trovati nella seconda edizione di *NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes & Interventions* (Johnson *et al.*, 2006) e nel libro sul pensiero critico scritto da Lunney (2009) e tradotto anche in italiano (2010).

CASO CLINICO 1

Diagnosi NANDA-I reale

Karl L. è un ottantenne, vedovo da 10 anni, che risiede nell'abitazione di sua proprietà.

Karl ha subito una colecistectomia a 65 anni e una resezione transuretrale della prostata per ipertrofia prostatica benigna a 70 anni. Negli ultimi 5 anni è stato in cura per insufficienza cardiaca congestizia e nel corso degli ultimi tre mesi ha assunto 80 mg di Lasix ogni mattina.

Karl ha ridotto il suo livello di attività a causa dello scompenso cardiaco e ha sperimentato perdita di forza e compromissione della mobilità nelle attività di cura di sé. Incontra particolari difficoltà con le attività motorie leggere, spacie nel cambiarsi gli abiti. Di notte spesso

Collegamenti NANDA-I, NOC e NIC

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

00137 Afflizione cronica

Definizione: Ciclico, ricorrente e potenzialmente progressivo modello di tristezza pervasiva vissuto (da un genitore, un caregiver o una persona con malattia o disabilità cronica) in risposta a continue perdite lungo il percorso di una malattia o disabilità.

NIC ASSOCIATI AI FATTORI CORRELATI DELLA DIAGNOSI

5230 Miglioramento del coping	6487 Gestione dell'ambiente: prevenzione della violenza
5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto	8340 Promozione della resilienza

NOC E NIC COLLEGATI ALLA DIAGNOSI Afflizione cronica (00137)

Risultato NOC	Interventi NIC principali	Interventi NIC suggeriti	
1201 Speranza <i>Definizione:</i> Condizione interiore di ottimismo, ossia di soddisfazione personale e sostegno vitale	5310 Ispirare speranza 5420 Sostegno spirituale	5230 Miglioramento del coping 5270 Sostegno emozionale 5280 Facilitazione del perdono 5330 Gestione dell'umore	5390 Potenziamento della consapevolezza di sé 5400 Miglioramento dell'autostima 5430 Gruppo di sostegno 5440 Potenziamento dei sistemi di sostegno
1204 Equilibrio dell'umore <i>Definizione:</i> Adattamento appropriato del tono emotivo in risposta alle circostanze	5330 Gestione dell'umore	1850 Miglioramento del sonno 2380 Gestione dei farmaci 4370 Addestramento al controllo degli impulsi 4400 Musicoterapia 4640 Sostegno nel controllo della collera 5100 Miglioramento della socializzazione 5270 Sostegno emozionale	5310 Ispirare speranza 5320 Humor 5420 Sostegno spirituale 5430 Gruppo di sostegno 5440 Potenziamento dei sistemi di sostegno 5616 Insegnamento: farmaci prescritti 5618 Insegnamento: procedure/trattamenti 5960 Facilitazione della meditazione



NOC E NIC COLLEGATI ALLA DIAGNOSI Afflizione cronica (00137)

Risultato NOC	Interventi NIC principali	Interventi NIC suggeriti	
1208 Livello di depressione <i>Definizione:</i> Gravità dell'umore melanconico e della perdita di interesse negli accadimenti della vita	5310 Ispirare speranza 5330 Gestione dell'umore	1850 Miglioramento del sonno 2380 Gestione dei farmaci 4310 Svolgimento di attività terapeutiche 4320 Pet-therapy 4500 Prevenzione dell'uso di sostanze 4640 Sostegno nel controllo della collera 5270 Sostegno emozionale	5280 Facilitazione del perdono 5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto 5300 Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa 5400 Potenziamento dei sistemi di sostegno 5420 Sostegno spirituale 5430 Gruppo di sostegno
1300 Accettazione del proprio stato di salute <i>Definizione:</i> Azioni personali per adattarsi a cambiamenti significativi nel proprio stato di salute	5230 Miglioramento del coping 5310 Ispirare speranza	4640 Sostegno nel controllo della collera 5250 Sostegno al processo decisionale 5270 Sostegno emozionale 5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto 5300 Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa	5330 Gestione dell'umore 5400 Miglioramento dell'autostima 5420 Sostegno spirituale 5430 Gruppo di sostegno 5470 Comunicazione della verità 5480 Chiarificazione dei valori 8340 Promozione della resilienza
1304 Elaborazione del lutto <i>Definizione:</i> Azioni personali per la rielaborazione di pensieri, sentimenti e comportamenti connessi a un lutto attuale o imminente	5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto 5294 Facilitazione dell'elaborazione del lutto: morte perinatale	1160 Monitoraggio nutrizionale 4320 Pet-therapy 4640 Sostegno nel controllo della collera 4680 Biblioterapia 4860 Terapia della reminiscenza 4920 Ascolto attivo 5230 Miglioramento del coping	5260 Assistenza al morente 5270 Sostegno emozionale 5280 Facilitazione del perdono 5300 Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa 5310 Ispirare speranza 5420 Sostegno spirituale 5430 Gruppo di sostegno

NOC E NIC COLLEGATI ALLA DIAGNOSI Afflizione cronica (00137)

Risultato NOC	Interventi NIC principali	Interventi NIC suggeriti	
1305 Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita <i>Definizione:</i> Adattamento psicosociale di un individuo a un cambiamento di vita importante	5230 Miglioramento del coping	4640 Sostegno nel controllo della collera 4920 Ascolto attivo 5100 Miglioramento della socializzazione 5240 Counseling 5250 Sostegno al processo decisionale 5270 Sostegno emozionale 5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto	5310 Ispirare speranza 5330 Gestione dell'umore 5350 Riduzione dello stress da trasferimento 5400 Miglioramento dell'autostima 5420 Sostegno spirituale 5430 Gruppo di sostegno
1409 Autocontrollo della depressione <i>Definizione:</i> Azioni individuali per attenuare l'umore malinconico e mantenere l'interesse per gli avvenimenti della vita	5330 Gestione dell'umore	0180 Gestione dell'energia 1260 Gestione del peso corporeo 1850 Miglioramento del sonno 2380 Gestione dei farmaci 4310 Svolgimento di attività terapeutiche 4360 Sostegno nella modifica del comportamento 4470 Assistenza nella modifica di sé 4500 Prevenzione dell'uso di sostanze	4700 Ristrutturazione cognitiva 5290 Facilitazione dell'elaborazione del lutto 5300 Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa 5612 Insegnamento: attività fisica prescritta 5616 Insegnamento: farmaci prescritti 5618 Insegnamento: procedure/trattamenti 6610 Identificazione dei rischi

Introduzione ai collegamenti per le condizioni cliniche

Questa sezione del libro comprende i collegamenti NOC e NIC a 10 comuni, e spesso dispendiose, condizioni cliniche.

Lo scopo di questa sezione è mostrare come i risultati NOC e gli interventi NIC possono essere collegati alle diagnosi cliniche quando viene utilizzata una classificazione diversa da NANDA-I. Ciò può accadere perché al momento NANDA-I non ha diagnosi infermieristiche riferite alla condizione o perché è stata selezionata un'altra classificazione come base per lo sviluppo degli interventi e dei risultati del piano assistenziale generale. Nel secondo caso, il piano assistenziale può contenere diagnosi NANDA-I, così come risultati dell'assistito e interventi infermieristici. Tuttavia, i risultati e gli interventi selezionati possono non essere espressi con termini infermieristici standard, ma con termini locali utilizzati in una particolare struttura sanitaria. Per questa ragione abbiamo sviluppato questa sezione, con lo scopo di illustrare come i risultati NOC e gli interventi NIC possono essere utilizzati con altre classificazioni di condizioni cliniche.*

Le condizioni cliniche presentate sono: asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cancro del colon e del retto, depressione, diabete mellito, ictus, insufficienza cardiaca, ipertensione, polmonite e sostituzione articolare totale: anca/ginocchio.

Ogni condizione clinica è introdotta da una breve esposizione che la descrive, fornendo informazioni su prevalenza, incidenza, costi (se indicati) e mortalità a essa associati. Queste informazioni indicano l'importanza delle condizioni cliniche sia in termini di nu-

mero di persone che richiedono assistenza, sia in termini di costi personali e pubblici associati a queste condizioni, a causa della loro natura cronica e della loro prevalenza.

Segue una breve descrizione dei fattori di rischio e della condizione, comprendente il decorso della condizione/malattia, i sintomi, la terapia e/o le implicazioni infermieristiche. Le informazioni presentate riguardo la condizione clinica sono selettive e non offrono un quadro completo di sintomatologia, test diagnostici, decorso della malattia, terapia, complicanze e prognosi. La breve discussione della condizione clinica serve a spiegarne l'impatto che ha sulle risorse del sistema sanitario e l'importanza della prevenzione e delle cure di qualità, cure con un buon rapporto costo-efficacia che miglioreranno la salute e la qualità di vita dell'assistito.

Le condizioni sono presentate in ordine alfabetico.

Dopo la presentazione della condizione clinica e la bibliografia, viene proposto un piano assistenziale generale. Questo piano varia in termini di lunghezza, in base: al numero di risultati e interventi forniti, alla porzione di condizione clinica considerata, ovvero fase diagnostica, acuta, cronica o riabilitativa, e all'applicabilità del piano in tutti gli ambienti e le organizzazioni.

In genere, i piani assistenziali non sono indirizzati a soggetti in unità di terapia intensiva, nell'immediato post-operatorio di una procedura invasiva o chirurgica, o in corso di riabilitazione. Essi, inoltre, non considerano età, sesso, condizione socio-economica e cultura dell'assistito, poiché possono essere

***Nota:** le diagnosi infermieristiche sono riferite allo stato di salute della persona. Per questo motivo, diversamente dall'edizione americana che prevede il collegamento diretto dei NOC e dei NIC con la condizione clinica, nella presente edizione italiana, a fini formativi e clinici, è stata aggiunta l'indicazione delle diagnosi NANDA-I prioritarie, seguita dalla tabella che elenca i risultati NOC e gli interventi NIC così come riportati nella versione originale del testo (N.d.C.).

considerati in maniera differente dalle varie strutture sanitarie. Essi illustrano i vari modi in cui i risultati NOC e gli interventi NIC possono essere utilizzati nello sviluppo di piani assistenziali generali e individuali per soggetti con queste 10 diagnosi mediche.

I risultati NOC e gli interventi NIC sono elencati in ordine di codice, e non in ordine di importanza o secondo la sequenza in cui potrebbero essere utilizzati.

Una condizione clinica, ovvero il cancro del colon e del retto, presenta due piani assistenziali: il primo per la prevenzione, indirizzato alle persone a rischio, e il secondo per persone con diagnosi di cancro coloretale.

Alcuni piani assistenziali comprendono risultati NOC e interventi NIC applicabili anche dopo la dimissione da un'unità operativa ospedaliera per acuti oppure, come nel caso di asma, possono essere applicati a domicilio dalla persona che apprende a effettuare il self care (auto-cura).

Prima delle condizioni cliniche, viene proposto un piano assistenziale generale e completo per le persone con ictus.

Il piano considera solo l'ictus ischemico e utilizza tutti e tre i linguaggi: NANDA-I, NOC e NIC. Include indicatori selezionati e le scale di misura per i risultati NOC.

L'Esempio di piano assistenziale infermieristico con NNN per persona con ictus ischemico è stato sviluppato da M. Pattee, RN, BSN, presso il Mercy Hospital di Iowa City, Iowa, un ospedale di 232 posti letto.

Il piano è un'eccellente interpretazione dell'uso di diagnosi NANDA-I, risultati NOC e interventi NIC per persone con una recente diagnosi medica di ictus.

Questo esempio di piano rappresenta uno standard di riferimento, che può essere modificato al fine di personalizzarlo secondo i bisogni assistenziali specifici di una persona assistita. Esso può sostenere l'infermiere nella valutazione assistenziale basata sulle evidenze scientifiche sia per singoli assistiti sia per popolazioni di assistiti.

Ringraziamo il personale del Mercy Hospital per lo sviluppo di questo piano e per il permesso di dividerlo con altri professionisti della salute che sono impegnati nel processo di miglioramento della qualità.

Esempio di piano assistenziale infermieristico con MNN per persona con ictus ischemico

Data: _____ Piano assistenziale discusso con l'assistito/altra persona significativa: _____
 [] Vedi piano di assistenza supplementare

Diagnosi infermieristica NANDA-I	RISULTATI NOC										Valutazione Data e iniziali		
	NOTA: se gli obiettivi non sono al livello TARGET stabilito dalla dimissione. indicare la ragione utilizzando tutti quelli applicabili: A = dieta B = condizione cronica C = sospendere con servizi a domicilio D = problemi di adesione dell'assistito E = trasferire in riabilitazione/ strutture per cure supplementari F = lascia l'ospedale contro il parere medico G = ostacoli all'apprendimento H = limitazione fisica al trasferimento I = trasferimento in un altro ospedale per acuti PN = per ulteriori spiegazioni vedi le note di progresso del piano	Estremamente compromessa 1	Sostanzialmente compromessa 2	Moderatamente compromessa 3	Lievemente compromessa 4	Non compromessa 5	T	A	R	G	E	T	Ammissione/Inizio
00047 Rischio di integrità cutanea compromessa Interventi NIC: 3590 Sorveglianza della cute 3500 Gestione della pressione	1101 Integrità tissutale: cute e mucose Indicatori: • temperatura della cute; • elasticità; • integrità della cute. 2405 Funzionalità sensoriale Indicatori: • capacità di avvertire la stimolazione cutanea; • capacità di avvertire i cambiamenti di posizione della testa e del corpo.	1	2	3	4								
00173 Rischio di confusione mentale acuta Interventi NIC: 5820 Riduzione dell'ansia 2550 Promozione della perfusione cerebrale 6440 Gestione del delirio 6490 Prevenzione delle cadute 2620 Monitoraggio neurologico 4820 Orientamento alla realtà	0900 Funzione cognitiva Indicatori: • è attento agli eventi nelle immediate vicinanze; • si concentra per un'adeguata quantità di tempo su una situazione. 0901 Orientamento cognitivo Indicatori: • identifica se stesso; • identifica le persone significative; • identifica correttamente il posto in cui si trova, il giorno, il mese, l'anno, la stagione.	1	2	3	4								
INIZIALI	FIRMA	UNITÀ OPERATIVA	INIZIALI	FIRMA	UNITÀ OPERATIVA	INIZIALI	FIRMA	UNITÀ OPERATIVA	INIZIALI	FIRMA	UNITÀ OPERATIVA	INIZIALI	

(Copyright Mercy Hospital, Iowa City, IA. Courtesy of Kimberly M. Pattee at Mercy Hospital, 500 East Market Street, Iowa City, IA 52245.)

Collegamenti NOC e NIC alle condizioni cliniche

Asma

L'asma è un comune disturbo cronico delle vie aeree, complesso e caratterizzato da sintomi ricorrenti variabili [National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), 2007]. L'infiammazione provoca l'ingrossamento delle membrane che rivestono le vie respiratorie (edema della mucosa), la contrazione della muscolatura liscia che circonda i bronchioli (broncospasmo) e l'aumento della produzione di muco, formando tappi bronchiali (Smeltze, Bare e Cheever, 2008). Le alterazioni infiammatorie portano a un restringimento delle vie aeree, con conseguenti sintomi di respiro sibilante, mancanza di respiro, senso di costrizione toracica, dispnea e tosse, che possono variare da lievi a gravi.

PREVALENZA, MORTALITÀ E COSTI

È stato stimato che circa 38,4 milioni di americani hanno avuto una diagnosi di asma nel corso della loro vita. Essa è una delle principali cause di malattia cronica tra i bambini. Nel 2008, sono stati segnalati 8,7 milioni di bambini in età scolare affetti da asma e 3,2 milioni di loro avevano avuto un attacco d'asma nel corso dell'anno precedente (*American Lung Association*, 2010).

La prevalenza di asma è aumentata sensibilmente tra il 1980 e il 2000, ma meno rapidamente dal 2000 (Martinez, 2008). È stato stimato che il numero di persone affette da asma crescerà di oltre i 100 milioni entro il 2025 (*American Academy of Allergy Asthma & Immunology*, 2010).

L'asma ogni anno causa più di 4000 morti ed è un fattore associato in circa altre 7000 morti. I tassi di mortalità sono più elevati tra la popolazione femminile e afro-americana (*Asthma and Allergy Foundation of America*). In aggiunta agli effetti negativi sulla salute, vi è una considerevole spesa econo-

mica associata all'asma. Il costo economico stimato per l'anno 2010 è di 20,7 miliardi di dollari, con costi indiretti, come la perdita di produttività, pari a 5,1 miliardi di dollari. Le maggiori spese mediche dirette sono destinate alle prescrizioni di farmaci, pari a 5 miliardi di dollari l'anno (*American Lung Association*, 2010).

FATTORI DI RISCHIO

L'esposizione cronica a irritanti delle vie aeree e allergeni è sia il fattore predisponente per lo sviluppo di asma sia la causa delle riacutizzazioni. I principali passi da attuare per controllare l'asma sono identificare ed evitare le sostanze e i fattori ambientali che ne provocano riacutizzazioni. I comuni fattori precipitanti includono: allergeni, infezioni del tratto respiratorio, iperventilazione durante l'esercizio fisico, cambiamenti meteorologici ed esposizione a irritanti respiratori, come fumo di tabacco e prodotti chimici.

DECORSO DELLA MALATTIA

L'asma può progredire da attacchi lievi a gravi attacchi persistenti con sintomi continui (Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever, 2008). Se l'assistito è affetto da asma lieve intermittente, gli episodi sintomatici si verificano meno di due volte alla settimana ed è asintomatico nel periodo che intercorre tra gli attacchi. Se l'asma si verifica più di frequente e influenza il livello di attività, soprattutto quando si verifica una riacutizzazione, può essere diagnosticata come asma lieve persistente o moderata persistente. L'asma severa persistente è caratterizzata, da sintomi continui, frequenti riacutizzazioni e limitazioni nell'attività fisica.

Una riacutizzazione dell'asma può iniziare con sintomi progressivi nell'arco di alcuni

giorni o presentarsi in maniera brusca. Se si lascia progredire la riacutizzazione, possono verificarsi tachicardia, diaforesi, ipossemia e cianosi centrale.

L'infiammazione cronica può causare cambiamenti fibrotici nelle vie aeree, che riducono ulteriormente il loro diametro, e può portare a una limitazione irreversibile del flusso d'aria, con conseguente morte in caso di episodio asmatico severo. Lo stato asmatico - l'asma severo persistente non risponde ai trattamenti convenzionali - è un'altra causa di morte. Di seguito sono riportati alcuni fattori di rischio associati alla morte per asma.

- Anamnesi di riacutizzazioni gravi o precedenti intubazioni e ricoveri in unità di terapia intensiva.
- Due o più ospedalizzazioni e/o tre o più visite al pronto soccorso nell'ultimo anno.
- Eccessivo uso di inalatori beta-adrenergici a breve durata d'azione.
- Recente sospensione dell'uso di corticosteroidi sistemici.
- Comorbidità di malattie cardiovascolari, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o malattia psichiatrica.
- Basso status socio-economico e residenza urbana (Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever, 2008).

Le linee guida ufficiali per la diagnosi e la corretta gestione dell'asma raccomandano: 1) corrette misure di valutazione e monitoraggio per diagnosticare la gravità dell'asma e raggiungerne il controllo, 2) conoscenza; 3) controllo dei fattori ambientali e delle condizioni di comorbidità, e 4) un'adeguata terapia farmacologica (NHLBI, 2007).

I principali aspetti della cura comprendono la rimozione delle secrezioni in eccesso dovute ad agenti muco-riducenti, tecniche di drenaggio posturale (che aiutano a prevenire infezioni del tratto respiratorio) e impiego di farmaci antimicrobici, se indicato. La terapia farmacologica prevede farmaci a lunga durata d'azione per controllare l'asma persistente e farmaci che danno rapido sollievo per trattare le riacutizzazioni. Il

controllo dell'asma persistente è raggiunto mediante l'uso di farmaci antinfiammatori, in particolare corticosteroidi e broncodilatatori a lunga durata d'azione. Le riacutizzazioni sono trattate con broncodilatatori a breve durata d'azione, come beta-2 agonisti e anticolinergici, e ossigeno al bisogno. Poiché la gestione della malattia è responsabilità dell'assistito, la sua educazione sulla malattia, la sua prevenzione e il suo trattamento è un aspetto essenziale della cura. L'assistito deve essere istruito sul corretto utilizzo di un monitor del picco di flusso per valutare il flusso d'aria durante l'espiazione, così come su cosa fare se il picco di flusso d'aria diminuisce.

NOC E NIC PER L'ASSISTITO CON ASMA

L'assistenza infermieristica ricopre un ruolo importante nell'educazione dell'assistito, in particolare nell'identificare ed evitare i fattori di rischio, e nell'insegnare strategie per gestire la malattia. L'assistito deve imparare come monitorare e controllare l'ambiente per evitare di esporsi a fumo passivo, allergeni e irritanti chimici. Se l'assistito fuma, avrà bisogno di essere educato per comprendere gli effetti negativi del fumo e quelli positivi della sua cessazione; potrebbe essere necessario anche aiutarlo a trovare un programma o un metodo ottimali per smettere di fumare. L'impiego di farmaci adeguati e il monitoraggio della risposta ai farmaci fanno anch'essi parte dell'educazione dell'assistito. Se la malattia diventa persistente, l'assistito avrà bisogno d'imparare tecniche per la pulizia delle vie respiratorie, al fine di favorire il ricambio d'aria e prevenire le infezioni.

I risultati ottenibili seguendo il piano di cura generico sono suggeriti per aiutare l'assistito a controllare la sua asma e gestire le riacutizzazioni lievi o moderate. Le riacutizzazioni sono gestite meglio da un assistito istruito, che può subito cominciare il trattamento (NHLBI, 2007). Se dovesse verificarsi ipossia, potrebbe essere richiesta una terapia di breve durata con ossigeno. Se la riacutizzazione è grave o l'assistito sviluppa uno stato asmatico, potrebbe essere necessario il

ricovero in un'unità di terapia intensiva e la ventilazione assistita. In questi casi sarà necessario un piano per l'assistito degente in terapia intensiva.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Allergy Asthma and Immunology (2010), *Asthma statistics*. http://www.aaaai.org/media/statistics/asthma_statistics.asp. Ultimo accesso 25-03-10.

American Lung Association (2010), *Trends in asthma morbidity and mortality*, Washington, DC: Author.

Asthma and Allergy Foundation of America, *Asthma facts and figures*. <http://www.aafa.org/display.cfm?id=8&sub=42>. Ultimo accesso 29-03-10.

Bulechek G.M., Burcher H., Dochterman J.M., Wagner C.M., *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013.

Martinez, F.D. (2008), Trends in asthma prevalence, admission rates, and asthma deaths, *Respiratory care*, 53(5), 561-567.

Moorhead S., Johnson M., Maas Sewanson E., *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013.

NANDA-I, *Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazione 2012-2014*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2012.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2007), *Expert panel report 3: Guidelines for diagnosis and management of asthma*, Bethesda, MD: Author.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. e Cheever, K.H. (2008), *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11ª ed., pp. 709-718), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Trad. it. (2010) *Brunner Suddarth Infermieristica medico-chirurgica*, quarta edizione, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

DIAGNOSI NANDA-I PER LA PERSONA CON ASMA*

00004

Rischio di infezione

A maggior rischio di essere invasi da microrganismi patogeni

00031

Liberazione delle vie aeree inefficace

Incapacità di rimuovere le secrezioni o le ostruzioni dal tratto respiratorio al fine di mantenere la pervietà delle vie aeree

00032

Inefficace modello di respirazione

Inspirazione e/o espirazione che non garantiscono una ventilazione adeguata

00162

Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute

Modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento di una malattia e delle sue sequele che risulta soddisfacente per il raggiungimento di obiettivi di salute e può essere rafforzato

*Nota per l'edizione italiana: le diagnosi infermieristiche sono riferite allo stato di salute della persona. Per questo, nella presente edizione italiana, a fini formativi e clinici, è stata aggiunta l'indicazione delle diagnosi NANDA-I prioritarie, seguita dalla tabella che elenca i risultati NOC e gli interventi NIC così come riportati nella versione originale del testo (N.d.C.).

NOC E NIC PER LA PERSONA CON ASMA

Risultato NOC

0403

Stato respiratorio: ventilazione

Definizione: Movimento dell'aria attraverso le vie aeree durante le fasi inspiratoria ed espiratoria

Interventi NIC principali

3140 Vie aeree: gestione
3210 Gestione dell'asma

Interventi NIC suggeriti

0840 Posizionamento
3160 Vie aeree: aspirazione
3200 Misure preventive dell'aspirazione
3230 Fisioterapia respiratoria
3250 Stimolazione della tosse
3350 Monitoraggio respiratorio

