



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**DOTTORATO DI RICERCA IN  
FISIOPATOLOGIA CLINICA DELL'INVECCHIAMENTO  
E SCIENZE INFERMIERISTICHE**

CICLO XXX°

COORDINATORE Prof. Marco Matucci Cerinic

***Implementazione del linguaggio  
infermieristico standardizzato nella pratica clinica  
infermieristica: Tassonomie NANDA-I, NOC e NIC***

Settore Scientifico Disciplinare MED 45

**Dottorando**

Dott. ssa Cristina Santin

**Tutor**

Prof. ssa Laura Rasero

**Coordinatore  
Prof. Marco Matucci Cerinic**

---

(firma)

Anni 2014/2017



<b>INDICE</b>		<b>Pag.</b>	<b>3</b>
<b>PREFAZIONE</b>			<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>ASPETTI GENERALI</b>		<b>7</b>
	<b>1.1</b>	<b>Presentazione del progetto</b>	<b>7</b>
	<b>1.2</b>	<b>La disciplina infermieristica</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>RAZIONALE</b>		<b>19</b>
	<b>2.1</b>	<b>Il linguaggio infermieristica standardizzato (SNLs)</b>	<b>19</b>
	<b>2.2</b>	<b>Le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC</b>	<b>41</b>
<b>3.</b>	<b>REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA SULLE TASSONOMIE NANDA-I, NOC E NIC (NNN)</b>		<b>45</b>
	<b>3.1</b>	<b>Introduzione e background</b>	<b>45</b>
	<b>3.2</b>	<b>Scopo e obiettivi</b>	<b>49</b>
	<b>3.3</b>	<b>Materiali e metodi</b>	<b>49</b>
		<b>3.3.1</b> <b>Criteri di eleggibilità</b>	<b>50</b>
		<b>3.3.2</b> <b>Strategie di ricerca</b>	<b>50</b>
		<b>3.3.3</b> <b>Selezione degli studi</b>	<b>52</b>
		<b>3.3.4</b> <b>Estrazione dei dati</b>	<b>52</b>
		<b>3.3.5</b> <b>Valutazione della qualità</b>	<b>53</b>
	<b>3.4</b>	<b>Sintesi dei risultati</b>	<b>54</b>
	<b>3.5</b>	<b>Discussione</b>	<b>56</b>
<b>4.</b>	<b>SCOPO DEL PROGETTO DI RICERCA</b>		<b>65</b>
	<b>4.1</b>	<b>Scopo e quesiti</b>	<b>65</b>
<b>5.</b>	<b>STUDIO RETROSPETTIVO PRESSO U.O.C. POST ACUTI AUSL DELLA ROMAGNA -PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIMINI</b>		<b>67</b>
	<b>5.1</b>	<b>Principali fasi del progetto di implementazione del PAI con Modello Gordon e Tassonomie NNN presso il PAC di Rimini</b>	<b>70</b>
	<b>5.2</b>	<b>Studio retrospettivo presso U.O.C Post Acuti di Rimini</b>	<b>80</b>
		<b>5.2.1</b> <b>Materiali e metodi</b>	<b>80</b>
		<b>5.2.2</b> <b>Risultati</b>	<b>82</b>
		<b>5.2.3</b> <b>Discussione</b>	<b>98</b>

<b>6.</b>	<b>STUDIO RETROSPETTIVO PRESSO IL CENTRO SERVIZI “CASA BEATA GAETANA STERNI” DI BASSANO DEL GRAPPA (VI)</b>		<b>101</b>
	<b>6.1</b>	<b>Principali fasi del progetto di implementazione dell’assistenza personalizzata con adozione del Primary Nursing e del PAI con modello Gordon e Tassonomie NNN presso il Centro Servizi “Casa Beata Gaetana Sterni” di Bassano del Grappa (VI)</b>	<b>102</b>
	<b>6.2</b>	<b>Studio retrospettivo presso il Centro Servizi “Casa Beata Gaetana Sterni” di Bassano del Grappa (VI)</b>	<b>105</b>
	<b>6.2.1</b>	<b>Materiali e metodi</b>	<b>105</b>
	<b>6.2.2</b>	<b>Risultati</b>	<b>107</b>
	<b>6.2.3</b>	<b>Discussione</b>	<b>120</b>
<b>DISCUSSIONE</b>			<b>123</b>
<b>CONCLUSIONI</b>			<b>129</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>			<b>137</b>

#### **LISTA DI ABBREVIAZIONI**

<b>SNLs</b>	Standardized Nursing Languages
<b>SNTs</b>	Standardized Nursing Terminologies
<b>NANDA-I 2015-17</b>	Nursing Diagnosis Classification della North American Nursing Diagnosis Association–International
<b>NOC 2013</b>	Nursing Outcome Classification
<b>NIC 2013</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NNN</b>	Acronimo per NANDA-I, NOC e NIC

## PREFAZIONE

*“...La meraviglia viene prima della tecnica e ne è la causa, e non viceversa...  
La meraviglia costringe la bocca ad aprirsi e le braccia ad abbandonarsi, e solo dopo mette in movimento parole ed azioni...quando ci si meraviglia appare uno splendore ancora impreciso, che spinge la nostra attenzione ad andare oltre...” (D’Avenia, 2016, pp. 23-27).*

Vivere il rapimento del meravigliarsi rappresenta per ciascuno di noi il seme della pura e semplice consapevolezza di intuire la bellezza e la felicità di essere al mondo come piccolo faro di luce portatore di un’ irripetibile originalità.

Prendersi cura è il fine del rapimento, dove il termine curare dal latino “*colere*” si collega al prendersi cura del campo, stare nel campo, farlo fiorire, a costo di sudore, sacrifici con cure costanti, continue sensibili e responsive.

Il riconoscimento e l’elaborazione di emozioni e sentimenti come fonte di conoscenza rappresentano le radici su cui si fonda la scienza infermieristica, incardinano quei valori di umanità, responsabilità e consapevolezza dell’agire professionale in una logica di cura generatrice di benessere, di bellezza che riconosce nell’epifania del volto dell’assistito il bene, il senso epistemologico della disciplina stessa.

La presa di coscienza del valore delle persone (sia della persona assistita quanto della persona professionista), nonché la consapevolezza del valore del sapere teoretico infermieristico rappresentano l’ID-entità forte, basilare su cui si struttura la disciplina infermieristica in tutti i suoi elementi essenziali, distintivi e costitutivi.

I linguaggi infermieristici standardizzati sono uno dei fondamenti dello sviluppo teoretico del sapere infermieristico, un sapere dinamico, mutevole, in evoluzione graduale e continua; inoltre, riflettono la crescita discreta, la piena maturità e la completa capacità di modellarsi, di adattarsi in maniera multidimensionale della disciplina stessa.

E proprio questo sentire, questo emozionarsi, questa logica di conoscenza viva, e appassionata che hanno costituito il motore intrinseco della ricerca del percorso di dottorato; un cammino supportato da evidenze scientifiche, da processi articolati e sequenziali, da rigore metodologico, ma soprattutto animato dal desiderio di portare alla luce un sapere infermieristico ricco di significato etico, deontologico e valoriale.



## 1. ASPETTI GENERALI

### 1.1 Presentazione del progetto

La Scienza Infermieristica è sempre più rivolta al benessere ed ai desideri, bisogni e problemi di salute della persona, nonché allo sviluppo delle potenzialità e delle risorse dell'individuo, in una logica del divenire evolutivo dove il valore dell'aver cura dell'altro rappresenta l'elemento essenziale, generativo, intrinseco e distintivo della disciplina stessa che si concretizza in comportamenti agiti, ossia dell'essere, dello stare accanto nel rispetto dell'alterità e della dignità della persona assistita.

Già nel 1972, Rosetta Brignone ( Professioni Infermieristiche, 1983 pp.143-149 ), introducendo nel contesto italiano il termine "Nursing", sottolineava come l'assistenza infermieristica *"non si limiti ad applicare le tecniche od ad eseguire terapie mediche delegate, ma presupponga un apporto originale che abbia in se un valore terapeutico, ...una specificità, originalità, un campo di competenze, una ragione di essere...un nucleo sistematico di teoria che sul piano pratico dovrebbe servire di guida alla pratica infermieristica e costituire inoltre quel corpo di principi teorici che è uno degli attributi distintivi delle professioni"*.

Oggi l'infermiere, supportato dalla normativa professionale e dal percorso universitario professionalizzante, agisce con autonomia di scelta e di responsabilità nel rispetto dei diritti fondamentali della persona e dei principi etici della professione e, nel suo offrire cure costanti e continue, sensibili e responsive, incarna la scienza teorica - pratica; una scienza che, in fervida crescita e sviluppo, all'interno di un contesto di salute in continua evoluzione, è caratterizzata da un corpus di conoscenze specifiche applicate alla pratica clinica e supportate da un metodo scientifico e da un linguaggio disciplinare.

Rispetto all'adozione del linguaggio infermieristico standardizzato e delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN) nella formazione, nella clinica, nell'organizzazione, nella ricerca e nella consulenza, una delle prime tappe del processo culturale di maturazione, di crescita e di affermazione è rappresentato dalla pubblicazione in Italia nel 2004 della traduzione ufficiale del testo NANDA International, *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazioni 2003-2004*, a cura di Carlo Calamandrei edito dalla Casa Editrice Ambrosiana di Milano. Da allora le pubblicazioni edito dalla medesima casa editrice si sono succedute con un ritmo ininterrotto ogni due anni fino al 2008 ed ogni tre anni a partire dal 2009 ad oggi. Le traduzioni sono il frutto di un

progetto realizzato da un traduttore/ curatore principale e da un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti dell'ambito infermieristico italiano di diversa provenienza e formazione.

Attualmente in Italia è tradotta, pubblicata ed utilizzata la decima edizione delle diagnosi infermieristiche NANDA-I (Herdman, 2014), mentre negli USA è stata appena pubblicata la undicesima edizione (Herdman, 2017), la cui traduzione e pubblicazione in italiano è prevista per i primi mesi del 2018.

Il successo dell'iniziativa della pubblicazione in italiano delle diagnosi infermieristiche NANDA-I dal 2004 in poi ha stimolato la traduzione e la pubblicazione per la prima volta in italiano nel 2007 della terza edizione della Classificazione dei Risultati Infermieristici NOC (Moorhead 2004) e della quarta edizione della Classificazione degli Interventi Infermieristici NIC (Dochterman 2004) seguiti nel 2013 dalle ulteriori traduzioni e pubblicazioni di entrambe le tassonomie NOC e NIC delle versioni in inglese del medesimo anno.

Negli USA attualmente sono in fase di pubblicazione le nuove edizioni dei testi NOC e NIC la cui traduzione e pubblicazione è prevista in Italia per il 2018.

Inoltre, negli anni, sono stati realizzati numerosi altri testi clinici tradotti (Gulanick e Myers, 2016; Hinkle e Cheever, 2017) o scritti da infermieri italiani in merito al processo d'assistenza infermieristico ed alle tassonomie NNN (Badon, 2015; Di Giacomo e Rigon, 2016; Nebuloni, 2017).

In linea con questa significativa proposta editoriale, la diffusione del sapere disciplinare in merito alle SNTs ed alle tassonomie NNN ha trovato una forte *espressione* ed *adozione agita* all'interno di numerosi servizi quali Università, Aziende Sanitarie, Strutture, Enti e Organizzazioni Formative Pubbliche e Private, come testimoniano i 4 Convegni Nazionali italiani sulle tassonomie NNN svoltesi dal 2014 al 2017 ( in programmazione quello del 2018) promossi della Casa Editrice Ambrosiana in collaborazione con Formazione in Agorà e i relativi atti già pubblicati dei primi 3 convegni. ( Rigon e Santin, 2016) .

Gli atti di questi Convegni rappresentano la testimonianza viva del valore della disciplina infermieristica come scienza teorico-pratica caratterizzata da un corpus di conoscenze specifiche applicate alla prassi clinica, dal metodo e da un linguaggio scientifico disciplinare; inoltre, descrivono i principali risultati di numerose esperienze pluriennali di implementazione della comunità infermieristica italiana che ha scelto di



costruire significati, di pensare in modi -mente disciplinare- che caratterizzano la disciplina stessa .

Questo virtuoso e vivace contesto culturale italiano ha suscitato l'interesse a sviluppare un progetto di *“Studio di ricerca sull'implementazione del linguaggio infermieristico standardizzato nella pratica clinica: Tassonomie NANDA-I, NOC e NIC”*, seguendo una logica di approfondimento dell'oggetto di studio (*in depth*) e di allargamento progressivo del campo delle conoscenze (*widening*).

Il piano strategico del progetto di ricerca triennale comprende, lo studio individuale, la partecipazione a seminari e convegni, le pubblicazioni, nonché le **3 macro-fasi di attività** di seguito descritte.

### **1° Fase.**

Nel I° anno accademico 2014-2015 è stata condotta una revisione sistematica della letteratura (SR) in merito all'utilizzo del linguaggio standardizzato (SNLs) e delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN) nella pratica clinica a livello internazionale e nazionale. La SR è stata costantemente aggiornata nel corso dei tre anni di studio.

Parallelamente alla SR, è stata fatta un'analisi di fattibilità della ricerca nel contesto italiano per valutare in quale setting assistenziale proporre eventuali studi con lo l'obiettivo di osservare il fenomeno dell'adozione delle tassonomie NNN prima nella dimensione clinico- organizzativa *“micro”* presso una singola unità operativa poi in una struttura sanitaria per ottenere una visione *“macro”* del fenomeno osservato.

Concluso questo primo step, è stato redatto un protocollo di ricerca, con il supporto e confronto continui con il tutor universitario di riferimento e con lo statistico di riferimento, al fine di definire il disegno, la popolazione, il setting, gli end-point dello studio e gli strumenti per raccogliere dati.

In particolare, individuati i possibili setting ideali per la raccolta dati, la scelta di effettuare degli studi osservazionali è stata sequenziale in primis rispetto all'obiettivo dello studio, ma anche alle variabili sopra elencate.

### **2° Fase**

Nel II° anno accademico 2015-2016, è stato condotto uno studio retrospettivo presso l'*U.O. Post Acuti* di Rimini;

### **3° Fase**

Nella III° anno accademico 2016-2017, è stato condotto uno studio retrospettivo presso il Centro Servizi “*Casa Beata Gaetana Sterni*” di Bassano del Grappa (VI).

In linea con questa progettualità suddivisa in fasi, è stato strutturato anche l’elaborato di tesi, che presenta **8 capitoli**.

Nel **primo**, si propone una presentazione generale del progetto con particolare attenzione all’analisi della disciplina infermieristica, nel **secondo**, si presenta il razionale del progetto, nel **terzo**, la revisione sistematica della letteratura in merito alle tassonomie NNN, nel **quarto**, lo scopo di ricerca nella pratica clinica, nel **quinto**, lo studio retrospettivo presso l’U.O. Post Acuti di Rimini, nel **sesto**, lo studio retrospettivo presso il Centro Servizi “*Casa Beata Gaetana Sterni*” di Bassano del Grappa (VI), nel **settimo** la discussione del progetto e nell’**ottavo** le conclusioni del progetto.

## 1.2 La disciplina infermieristica

Il cammino della ricerca della conoscenza possiede antiche e profonde radici, si esprime come una continua tensione al bene, alla bellezza, alla virtù, alla verità, come l'epifania dell'amore per il sapere.

Socrate nell'antica Grecia affermava che il vero sapiente è colui che sa di non sapere perché solo chi conosce la propria ignoranza è interessato a cercare la verità dentro di sé attraverso il dialogo; definiva questo procedimento con l'espressione "*maieutica*" («arte di far partorire», «arte dell'ostetricia»). *«La mia arte»* diceva *«è in tutto simile a quella delle ostetriche, ma ne differisce in questo, che essa aiuta a far partorire le anime e non i corpi. E come le ostetriche sono sterili, anch'io non posso generare (la verità, in questo caso), ma ho la capacità di aiutare gli altri a farlo»*. In altre parole, egli affermava di svolgere, nei confronti della verità, lo stesso lavoro che faceva sua madre quando aiutava le donne a partorire i loro figli; Socrate si sentiva un ostetrico di anime, che aiutava i discepoli a partorire verità che, spesso, a loro insaputa custodivano.

Socrate chiamò il sapere filosofico, la conoscenza vera, "*episteme*", parola il cui significato etimologico originale è "*ciò che sta in piedi da sé*" (Manzoni, 2016, p. 176). L'epistemologia intesa come "*conoscenza vera*" nasce dal metodo socratico della "*dotta ignoranza*" e trova piena espressione di pensiero riflessivo nei primi anni del Novecento, quando l'empirismo logico dei filosofi del Circolo di Vienna ha messo in relazione mimetica "*theoria e praxis*", cercando di coniugare il pensiero ipotetico deduttivo ed ipotetico induttivo (Manzoni, 2016, p.184).

La scuola epistemologica dell'empirismo declina i determinati requisiti che una **disciplina** deve possedere; il termine disciplina, come sottolinea l'autore Manzoni (1996, p.165) "*indica un campo strutturato di conoscenze, un insieme specifico di conoscenze avente caratteristiche proprie sul piano dell'oggetto di studio, del percorso metodologico, dello scopo a cui tende ed i legami che intercorrono fra questi*" (Manzoni, 2016, p.196).

L'autore Meleis (2013 p.27) nel suo testo di teorica dell'infermieristica riporta alcune definizioni di disciplina "*un ramo della conoscenza o dell'insegnamento...fornisce la visione del mondo attraverso cui sono scoperti, organizzati compresi ed interpretati i fenomeni*" e sottolinea come nello specifico la disciplina infermieristica possa essere compresa analizzando le categorie determinanti della **prospettiva e del dominio**.

La *prospettiva* infermieristica è il modo con cui i membri appartenenti ad una disciplina vedono i fenomeni all'interno ed all'esterno della disciplina stessa e nello specifico la teorica riconosce l'infermieristica come *“una scienza umana, orientata alla pratica, al prendersi cura, alla salute”*; mentre, il *dominio* rappresenta la matrice disciplinare, il paradigma, la struttura della conoscenza infermieristica.

Una disciplina si compone di un campo materiale di studio, di una struttura concettuale e di una struttura sintattica, di uno scopo, di un campo di applicabilità e di una ragione storica di esistenza (Manzoni, 2016, p.196).

Il **campo materiale** stabilisce la disciplinarietà, l'ambito d'interesse, *“il modus unico ed originale di guardare ad esempio l'uomo (Manzoni, 2016 p.196)”* e, come mettono in luce Rigotti e Cigata, 2004 (pp. 60-61), c'è una sottile distinzione *“tra oggetto reale inteso come una qualunque cosa che suscita l'interesse conoscitivo e...l'oggetto formale, l'insieme delle risposte che l'oggetto reale dà ad un insieme particolare di domande tipiche di una disciplina particolare”*.

Il **corpo compatto di conoscenze**, corpus conoscitivo rappresenta la struttura **concettuale** del sapere disciplinare *“è un insieme di concetti portanti, racchiude tutte le teorie ed i principi organizzatori, gli schemi ed i concetti chiave”* (Manzoni, 2016, p.197).

La **struttura sintattica**, necessariamente dipendente dalla struttura concettuale, *“comprende le specifiche operazioni di elaborazione delle informazioni e della conoscenza, i metodi di indagine e ricerca, gli strumenti utilizzati, ovvero le regole che governano le attività di chi opera nell'ambito della disciplina”* (Manzoni, 2016, p.198). L'epistemologia evidenzia come il **metodo**, nel suo significato etimologico greco di *“méta-hodos”* strada da seguire, descriva il percorso per acquisire la conoscenza ed abbia una doppia valenza scientifica: *“il **metodo comune** a tutte le discipline, cioè il metodo scientifico di risoluzione dei problemi, che ha la sua origine dal metodo galileiano ed il **metodo disciplinare**”...che necessita di strumenti e mezzi applicativi, diverso da disciplina a disciplina...è la via per rendersi evidente e tangibile nel sistema sociale*. (Manzoni, 2016-p198).

Lo **scopo** di una disciplina riflette il fine ultimo a cui essa stessa tende, il *“Tèlos*, il perfetto, il fatto compiuto, il grado più alto di felicità, il bene assoluto (Padre Thomas Tyn, 1980); per cui le discipline innanzitutto incarnano una finalità di tipo **conoscitivo** nel quale il bene assoluto è rappresentato dalla conoscenza vera e poi esplicitano uno scopo di tipo **descrittivo, normativo o prescrittivo**; nello specifico, la disciplina

infermieristica è prescrittiva e *“studia il perfezionamento possibile dell’essere umano e come raggiungerlo”* (Manzoni, 1996, p.175).

**Il campo di applicabilità e la ragione storica** di esistenza, per cui la disciplina è utile al vivere umano ed ha una rilevanza sociale; *“una disciplina deve avere un campo di applicabilità in cui esercitare un proprio campo di applicazione che consenta una verifica continua della sua produttività conoscitiva, del suo potere di interpretazione, di identificazione dei fenomeni, dell’esperienza e la possibile risposta ad essi.....deve avere una ragione storica di esistenza, fondata sul suo costituirsi e svilupparsi in determinate condizioni sociali, storiche e culturali”* (Manzoni, 1996, p.199).

Questa riflessione epistemologica è imprescindibile al fine di definire scientificamente una disciplina dal momento che permette di porre le basi per stabilire la fondatezza degli assunti teorici a cui la disciplina fa riferimento ed al tempo stesso può essere traslata anche alla disciplina infermieristica, la quale possiede le caratteristiche **epistemologiche core** definite dal pensiero empiristico come **determinanti epistemologici** necessari per definire un insieme conoscitivo disciplina.

L’oggetto reale del **campo materiale della disciplina infermieristica**, come per la maggior parte delle discipline, è l’**uomo**; l’oggetto formale, ossia l’oggetto specifico di studio della disciplina infermieristica, richiede, invece, da subito la scelta di una scuola di pensiero che permetta di sviluppare una riflessione sul modo di concepire l’uomo e l’assistenza infermieristica e l’adesione ad un **paradigma disciplinare**, la cui prima definizione si ritrova negli scritti del filosofo tedesco Kuhn (1962).

Nell’approcciarsi all’uomo come oggetto specifico della disciplina infermieristica, è fondamentale tenere in considerazione la natura ontologica, storico-filosofica ed evolutiva del concetto stesso; l’uomo inteso nella sua globalità, unicità, nella sua esperienza di vita, portatore di bisogni, desideri, significati, valori, espressione di comportamenti agiti, emozioni, in una relazione ciclica, continua e generativa con gli universi (persone, ambiente, campi energetici).

L’uomo come soggetto proattivo, inviolabile nella sua libertà di pensiero e capacità di autodeterminazione, che nel divenire realizza il bene massimo.

La teorica italiana, Marisa Cantarelli (2003) definisce il concetto di uomo attraverso la teoria dei sistemi, elaborata da Ludwing von Bertalanffy, sottolineando che *“l’uomo ha in sé molti sistemi e sottosistemi in relazione fra loro in modo integrato, tali da diventare un solo sistema globale”*, questa lettura permette *“all’infermiere di*

*avvicinarsi alla persona come ad una persona unica con proprie caratteristiche,... il tutto contiene qualcosa di più della somma delle parti”.*

Il **corpo compatto di conoscenze** (struttura concettuale) della disciplina infermieristica è costituito dai modelli teorici infermieristici definiti da Meleis come *“la concettualizzazione di qualche aspetto della realtà che appartiene all’infermieristica comunicati al fine di descrivere i fenomeni, spiegare le relazioni tra i fenomeni, prevedere le conseguenze o prescrivere assistenza infermieristica”*, per cui le teorie sono *“costruzioni sistematiche in cui la relativa conoscenza è articolata ed organizzata in insieme significativi”*.

Inoltre, un modello concettuale infermieristico è *“una guida completa, sistematica, globale che orienta e supporta l’infermiere nella selezione delle caratteristiche da osservare nella persona osservata, permette di aggregare i dati tra loro connessi, identificare i punti di forza, le potenzialità, i fattori di rischio, i problemi attuali di salute, le risposte e le risorse della persona assistita”* (Meleis, 2013 p. 27).

La struttura concettuale del sapere disciplinare trova una forma di misurazione grazie al **linguaggio scientifico disciplinare** (struttura sintattica), che contiene il fenomeno osservato e lo rende evidente nella realtà; *“un linguaggio di misurazione definisce classi di fenomeni fornendo criteri specifici per decidere se un’osservazione può essere assegnata ad una particolare classe”* (Przeworski & Tenue, 1970, p. 93), ne consegue come *“la formazione concettuale sia preliminare rispetto la quantificazione...non possiamo misurare se non sappiamo prima cosa è che stiamo misurando..., per questa buona ragione il progresso della quantificazione deve arrivare-in ogni disciplina-dopo il progresso concettuale”* (Sartori, 1970, p. 1038).

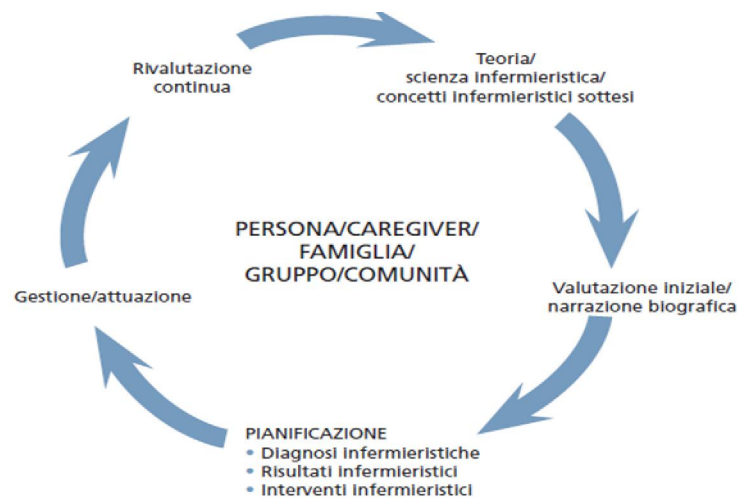
Il linguaggio disciplinare è uno strumento, è monosemico e tassonomico per cui ciascun segno corrisponde un solo significato e il costrutto teorico ne determina significato e significato; rappresenta, inoltre, dal punto di vista semiologico e semantico la forma che il fenomeno assume, mentre nella dimensione spazio temporale è *“la creazione dell’universo simbolico rappresentativo dell’assistenza infermieristica, che permette una misura, la descrizione e la trasmissione...il simbolo rappresenta l’espressione sintetica che dà misura ad un fenomeno”* (Rigon e Santin, 2016, p. 210).

La conoscenza non può prescindere dal linguaggio che la esprime per cui ogni disciplina ha l’esigenza di definire uno proprio specifico linguaggio per comunicare non solo tra i professionisti, ma anche con le altre discipline.

**Il metodo disciplinare** realizza la conoscenza in modo applicativo, rappresenta il percorso da seguire per trasferire le conoscenze teoriche, l'oggetto di studio nell'esperienza; inoltre, è imprescindibile la completa aderenza tra oggetto, metodo e scopo.

Allo stato attuale delle conoscenze il metodo fondamentale della disciplina infermieristica, come declinato da Rigon & Santin (2016, pp. IX-XI), è il **processo di assistenza infermieristica**; come afferma Herdman (2014), tale processo “*comprende la valutazione iniziale, la diagnosi infermieristica, la pianificazione dei risultati e degli interventi, la gestione/attuazione degli interventi e la rivalutazione continua. Gli infermieri utilizzano la valutazione iniziale ed il giudizio clinico per formulare delle ipotesi o spiegazioni rispetto a problemi attuali o potenziali, rischi e/o opportunità di promozione della salute. Tutte queste fasi richiedono la conoscenza dei concetti insiti nella scienza infermieristica prima di identificare un modello nei dati clinici o poter formulare una diagnosi infermieristica accurata*” ( Figura 1).

### Processo di assistenza infermieristica: il metodo



**Figura 1 – Processo di assistenza infermieristica: il metodo tratto da :**

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (a cura di). (2015). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2015-2017*. 10°edizione. CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano p.21

Inoltre, il processo assistenziale infermieristico, come sottolinea Wilkinson (2013 e 2017), “*è un approccio sistematico e creativo al pensiero ed all’azione, che l’infermiere utilizza per raccogliere, classificare ed analizzare dati relativi agli assistiti e per pianificare interventi che soddisfino o risolvano le loro necessità assistenziali. E’ una forma del processo di problem solving che richiede il ricorso al processo*

*decisionale, al giudizio clinico e a diverse competenze cognitive proprie del pensiero critico”.*

Il processo infermieristico è di natura cognitiva, dinamico, ciclico, centrato sull’assistito, è flessibile, applicabile universalmente ed è strutturato in **6 fasi** sequenziali, in quanto ognuna di esse dipende dalle attività svolte nelle fasi precedenti.

Nello specifico le 6 fasi sono:

1. Valutazione iniziale infermieristica
2. Diagnosi infermieristica
3. Pianificazione dei risultati di salute sensibili all’assistenza infermieristica
4. Pianificazione degli interventi infermieristici
5. Gestione degli interventi infermieristici
6. Verifica e valutazione con indicatori infermieristici globali di risultato

**Lo scopo** della disciplina infermieristica definisce il bene al quale essa tende, il valore conoscitivo che ha il divenire ontologico dell’uomo nella sua dimensione fenomenologica.

In una logica evolutiva complessa del concetto di salute, l’autore Andreoli (2016), nella disamina tra salute e benessere, propone una disciplina del *“bendessere”*, in cui l’essere è al centro del benessere, l’uomo in quanto essere, vive nel mondo si inter-relaziona; *“proprio per effetto delle relazioni e dunque delle combinazioni, in cui sperimenta l’altro da sé inteso come altro esistente o l’ambiente, la natura, l’essere muta in continuazione”*.

Nella relazione di cura *“L’intenzione dell’atto è ciò che è colto dal sofferente, l’atto in sé è nel visibile, ma il perché ed il come dell’atto sono l’aspetto umano che pone in dialogo due persone”* (Iori, 2009, p. 68); in linea con il pensiero dell’autrice Iori, Maria Zambrano introduce il concetto di **gesto** come espressione della relazione mimetica tra teoria ed esperienza, *“il gesto non è azione. E’ qualcosa di più e di diverso”*. Il gesto, dal latino *“gerere”* generare partorire, portare alla luce, ha in sé ragione e intenzionalità, ha una sua sapienza che consiste nel *“comprendere”* che non si improvvisa. *“Lo spazio del senso è lo spazio della comprensione”* (Iori, 2009 p. 67) e questo processo di consapevolezza si manifesta nella capacità di *“esercitare una scelta consapevole e di assumere la responsabilità della scelta”* (Iori, 2009 p. 37); quindi attraverso il gesto, si concretizza l’essenza dell’assistenza infermieristica: il gesto diventa espressione del pensiero assistenziale.



### **Il campo di applicabilità e la ragione storica dell'assistenza infermieristica.**

L'assistenza infermieristica, come espressione di essere presenza, "*ad-sistere*", stare accanto, abitare "*bauen*" antica parola tedesca che custodisce il significato di "*rimanere nella protezione entro ciò che ci è parente*", aver cura (Iori 2009, pp. 97-100), si manifesta in ogni luogo di vita del genere umano ed esiste perché contribuisce al bene, al vivere dell'uomo e lo accompagna nel suo percorso ontologico, fenomenologico, evolutivo.

Il sapere disciplinare infermieristico nasce dal sapere culturale, il processo di evoluzione della conoscenza epistemologica infermieristica è caratterizzato da un percorso storico-filosofico che unisce in maniera indissolubile l'identità di queste due forme di sapere.

Concludendo questa riflessione introduttiva-filosofica, **la scienza maieutica della ricerca infermieristica**, intesa come "*processo sistematico volto a validare e integrare conoscenze già esistenti, nonché a generarne di nuove che possano influenzare sia direttamente che indirettamente l'assistenza infermieristica...*" (Sironi, 2010, p.9), trova una complementarietà ed un'integrazione virtuosa **nella scienza noetica** dell'esperire l'assistenza infermieristica, nella sua dimensione fenomenologica (Mortari, 2009).



## 2. RAZIONALE

### 2.1 Il linguaggio infermieristico standardizzato (SNLs)

Il linguaggio infermieristico standardizzato (Standardized Nursing Languages) è comunemente inteso come *“un insieme di termini utilizzati per descrivere giudizi clinici scelti successivamente alla valutazione iniziale dello stato della persona assistita, diagnosi infermieristica, correlati con i risultati di salute sensibili all’assistenza infermieristica”* Tastan (2014).

La nostra Accademia della Crusca -depositaria dell’ortodossia della lingua italiana- recentemente, nel definire la possibilità di poter utilizzare un nuovo termine, ha indicato che un **termine** per poter essere introdotto in un **linguaggio** deve essere utilizzato a lungo e da un significativo numero di persone tanto da diventare vocabolo comune; quindi i **linguaggi** per essere definiti **scientifici**, devono essere monosemici, tassonomici, sottoposti ad evidenza empirica ed inseriti in un universo teorico che determini significato e significato (Rigon & Santin, 2016, p. 210).

Le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC permettono di organizzare la conoscenza infermieristica ed i concetti che interessano la pratica clinica.

Herdman (2014) nella decima edizione delle diagnosi infermieristiche NANDA-International evidenzia come *“una **terminologia** standardizzata per le diagnosi infermieristiche presenti tutte le diagnosi in uno schema di classificazione, ovvero una **tassonomia**, definita nello specifico, come un **ordinamento sistematico** dei fenomeni che definiscono la conoscenza della disciplina infermieristica”*. L’autrice, inoltre, sottolinea che *“la terminologia è il linguaggio che si usa per descrivere un oggetto specifico, è il lessico utilizzato in una determinata disciplina per descrivere la sua scienza”*.

Quindi si intende per:

- **terminologia infermieristica**: il lessico, il linguaggio che si utilizza per descrivere l’oggetto di studio della disciplina infermieristica;
- **tassonomia infermieristica**: un sistema di classificazione/categorizzazione strutturata e di standardizzazione della struttura sintattica del corpo delle conoscenze, ossia del linguaggio, in modo sistematico secondo principi scientifici. Le tassonomie (taxonom) sono sistemi normati, in divenire, in linea con l’evoluzione e la trasformazione della conoscenza e il loro obiettivo è trovare un modo coerente e scientifico di classificare

cose simili evitando sovrapposizioni o contrapposizioni tra concetti e classi (Rigon & Santin, 2016, pp. X-XI).

**La tassonomia** è definita come “*branca della scienza concernente la classificazione, specialmente degli organismi; sistematica; classificazione di qualcosa, specialmente di organismi; uno schema di classificazione...all’interno della tassonomia, i domini sono “una sfera di conoscenza, influenza, o d’indagine”;* e le classi sono “*un gruppo, un aggregato, o un insieme in cui sono condivise caratteristiche comuni*” (Herdman, 2014, p. 87).

La letteratura internazionale (Paans et al., 2010a) mette in luce che già a partire dagli anni ‘70 il processo d’assistenza infermieristico era stato introdotto nei programmi di formazione ed adottato nella pratica clinica in diverse parti del mondo come metodo sistematico di pianificazione, valutazione e documentazione dell’assistenza infermieristica (Gordon, 1994), e, come sottolineano gli autori Warren & Hoskins, 1990) e Lee et al. (2006), gli infermieri durante il percorso di formazione sono educati a documentare le loro conoscenze ed il loro giudizio clinico in linea con il processo di assistenza infermieristico (Paans, 2010 b).

Pérez et al., (2015) concordano nel sostenere che il processo di assistenza infermieristico promuove la pratica clinica riflessiva e lo sviluppo del pensiero critico, e che, contemporaneamente, è necessario avere un pensiero critico per applicare il processo di assistenza infermieristico con metodologia rigorosa e promuovere il problem-solving nella pratica clinica; mentre, Paans (2010a) asserisce che è una *competenza core* dell’infermiere documentare le risposte della persona ai problemi di salute e le informazioni in merito alle cure infermieristiche erogate al fine di garantire la sicurezza ed il benessere della persona, e di valutare gli “*outcomes*” come un logico risultato delle diagnosi infermieristiche e degli interventi (Delaney, et al., 1992); tuttavia, benché numerosi siano gli studi che promuovono lo sviluppo, a livello internazionale, di un “*accepted gold standard*” per misurare l’accuratezza della documentazione infermieristica, ad oggi non c’è un consenso unanime in merito (Florin et al., 2005; Muller-Staub et al., 2006a; Muller Staub, 2007).

Inoltre, Paans (2010a), afferma che alcuni studi condotti in diversi setting assistenziali hanno evidenziato come le cartelle infermieristiche degli assistiti contengano delle diagnosi non formulate correttamente, pertinenti con i segni, i sintomi ed i fattori correlati e come gli interventi ed i risultati siano scarsamente documentati; ancora, altri autori, sottolineano la relazione tra accuratezza nel riportare i dati di ingresso, le

diagnosi infermieristiche, gli interventi e la valutazione dei risultati nei setting assistenziali ospedalieri (Bostick et al., 2003; Muller-Staub et al. 2006a; Saranto et al., 2009).

Date queste considerazioni, risulta evidente che, al fine di migliorare la prevalenza e l'accuratezza nel documentare le diagnosi infermieristiche (Lunney 1998 e 2010), l'infermiere deve sviluppare delle competenze di ragionamento diagnostico (*improving diagnostic-reasoning skills*) all'interno dei percorsi di formazione; tuttavia non solo tale elemento influenza la prevalenza e l'accuratezza della documentazione, ma anche la disponibilità di risorse, la complessità clinica dell'assistito, nonché le politiche strategiche ed organizzative (Paans et al., 2011). Ancora, è molto interessante l'analisi che Muller Staub et al. (2006a) propongono di "*nursing diagnostics*", inteso come **processo e prodotto**; il processo diagnostico comprende gli aspetti della relazione e l'integrazione con l'assistito, l'osservazione, l'intervista, l'analisi dei dati, elementi che richiedono una capacità di giudizio clinico professionale e di creatività disciplinare. Il prodotto, invece, è la diagnosi infermieristica derivata dal processo diagnostico e richiede una formulazione corretta e comprensiva; il titolo contiene la descrizione del problema (*P= problem statement*), l'eziologia pertinente (*E= aetiology*), ed i segni corrispondenti (*S= signs/symptomos*).

Inoltre, Muller Staub et al. (2006a), nell'esaminare l'applicazione e l'impatto delle diagnosi infermieristiche, dei risultati di salute e degli interventi nella pratica clinica, sottolineano da una parte un miglioramento qualitativo nella valutazione infermieristica dei bisogni di cura della persona, utilizzando le diagnosi infermieristiche, e, dall'altra, una mancanza di accuratezza nel documentare segni, sintoni ed eziologia; ancora, affermano che il setting assistenziale influenza la frequenza di documentare le diagnosi infermieristiche; infine, mettono in luce che c'è coerenza tra diagnosi infermieristiche ed interventi, mentre non vi è evidenza che tale correlazione garantisca migliori risultati di salute.

In linea con le riflessioni in merito al processo d'assistenza infermieristico ed alla necessità di documentare l'agire professionale, la comunità scientifica, sempre a partire dagli anni 70', con la fondazione dell'associazione della NANDA, si è interrogata in merito all'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato nella pratica clinica, di cui troviamo studi già a partire dagli anni '80 (Henry, 1997). Nello specifico, Mills (1991) evidenzia che la tassonomia garantisce un sistema di linguaggio per identificare gli "*elementi essenziali e core*" dell'assistenza infermieristica; Kerr (1991) aggiunge,

inoltre, che aumentando le conoscenze della disciplina infermieristica, il linguaggio tassonomico si evolve e cambia; mentre, Clark & Lang (1992) affermano che “*If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put into public policy*”, e Keenan (1999) dà una chiara definizione di linguaggio infermieristico standardizzato come “*linguaggio comune facilmente compreso da tutti gli infermieri per descrivere l’assistenza infermieristica*”, per valutare l’assistenza (Törnvall & Jansson, 2015), nonché a supporto della ricerca (Denehy, 2010); infine, l’utilizzo di una terminologia standardizzata facilita il professionista a strutturare la documentazione clinica (Monsen, Honey, & Wilson, 2010).

Gli infermieri hanno un ruolo chiave nel garantire i risultati di salute della persona, per cui è fondamentale raccogliere dati che descrivano tali risultati utilizzando un SNTs che quantifichi e dia visibilità al contributo dell’assistenza infermieristica nel processo di cura (Clancy et al., 2008; Fischetti, 2008; Moorhead et al., 2013; Müller-Staub et al. 2008).

L’utilizzo delle SNTs migliora la comunicazione tra gli infermieri, è essenziale per l’efficacia dell’assistenza infermieristica, in quanto fornisce dei concetti ed una chiara definizione dei fenomeni dell’infermieristica stessa (Keenan, 1999, Thede & Schwiran, 2011); ancora, le SNTs, come sottolineano Thoroddsen & Ehnfors (2007) e Rutherford (2008), permettono agli infermieri di utilizzare la stessa terminologia per descrivere i bisogni di salute della persona, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici in numerosi setting assistenziali sia a livello nazionale che internazionale; aumentano la visibilità degli interventi infermieristici, migliorano l’assistenza alla persona, facilitano la valutazione degli outcome e garantiscono da parte dei professionisti della salute maggior aderenza agli standard di cura (Rutherford, 2008 e Zwaanswijk, 2011).

Inoltre, Lavin et al. (2004) e Lunney (2012) concordano nel dire che le diagnosi infermieristiche sono utili nella pratica professionale perché possono predire i risultati degli assistiti e suggerire i migliori interventi per il loro trattamento.

I risultati assistenziali “*Nursing Outcomes Classification*”(NOC) si riferiscono allo stato, al comportamento o alla percezione di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità sensibili agli interventi infermieristici (Moorhead et al. 2013); forniscono all’infermieristica dei risultati sensibili standardizzati e misurano l’efficacia dell’assistenza infermieristica stessa (Maas & Delaney, 2004; Moorhead et al., 2013; Stone et al., 2004), inoltre, alcuni studi hanno testato la loro applicabilità clinica, affidabilità e validità (Maas, et al., 2003).

L'autore Tastan nella revisione sistematica (2014), in linea con l'American Nurses Association (ANA, 2012), afferma che le SNTs utilizzate a livello internazionale, a supporto della pratica clinica, sono 12, come descritto in maniera dettagliata, sia nel documento dell'ANA del 2015, sia nell'analisi proposta dall'ONC del 2017; inoltre, l'autore propone una disanima dello *“state of the science for the five standardized terminology”*, NNN (NANDA-I/NOC/NIC); l'ICNP; l'Omaha System; la CCC/HHCC ed il PNDS, in termini di livelli di evidenza, focus e caratteristiche del campione degli studi. Gli studi inclusi sono 312, numerosità che testimonia come la ricerca in merito all'utilizzo delle SNTs sia progressivamente aumentata dal 1985 al 2011; dei 312 studi considerati, il 72,4% sono descrittivi, il 18,9% osservazionali, mentre solo l'8,7% sono studi che prevedono un intervento; la sintesi della revisione mette in luce che, benché i disegni di ricerca degli studi inclusi nella revisione siano metodologicamente corretti e descrivano risultati conformi a studi clinici randomizzati, mancano forti evidenze a supporto dell'impatto dell'utilizzo delle SNTs sui risultati per la persona e per l'organizzazione. Tenendo in considerazione queste riflessioni, Sanson et al. (2017), in linea con il pensiero di Heslop (2014), affermano che *“qualora si dimostrasse che le diagnosi infermieristiche sono associate ai risultati sugli assistiti (es. mortalità, self-care, qualità della vita) e agli esiti dell'organizzazione (ossia esiti correlati all'organizzazione sanitaria ad es. lunghezza della degenza, costi, personale) la loro attribuzione e documentazione potrebbe diventare ancora più importante nel determinare gli obiettivi clinici e organizzativi e assumerebbe un ruolo strategico per i professionisti clinici e per gli amministratori”*.

Sanson (2017), inoltre, nella revisione sistematica, mette in luce da una parte l'importanza di descrivere i **criteri per identificare** ed **analizzare** le diagnosi infermieristiche, dall'altra i **risultati** sull'assistito e sull'organizzazione.

Per quanto riguarda i **risultati per la persona** le diagnosi infermieristiche hanno dimostrato di essere dei predittori indipendenti del tasso di mortalità; della qualità di vita; del controllo della glicemia, e della qualità del sonno. Rispetto i risultati **per l'organizzazione**, le diagnosi infermieristiche hanno dimostrato di essere dei predittori indipendenti delle LDD; della quantità di assistenza infermieristica, sia in ospedale che nelle cure domiciliari; dei costi ospedalieri e della dimissione ad una nursing home. Infine, i ricercatori riportano che, quasi la totalità degli studi esaminati ha utilizzato la tassonomia NANDA-I, producendo la maggiore evidenza in relazione a risultati sugli

assistiti ed esiti organizzativi; questo risultato conferma che la tassonomia NANDA-I è la più utilizzata a livello internazionale (Tastan et al 2014).

La disamina proposta rispetto l'adozione e l'impatto delle SNTs nella pratica clinica si interfaccia con delle riflessioni molto più ampie in merito all'impatto dell'assistenza infermieristica sulla salute; la comunità scientifica, forte della consapevolezza della necessità di un approccio multiprofessionale alle problematiche della salute ed alla complessità dei sistemi sanitari, sottolinea la rilevanza del contributo infermieristico sia nel conseguimento dei risultati di salute sia nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo del millennio (Ausili, 2013).

Nella letteratura infermieristica, a partire dalla seconda metà del secolo scorso, il dibattito rispetto al problema della misurazione dell'assistenza infermieristica dei risultati di salute è molto fervente sia a livello internazionale che nazionale (Aiken et al., 1994), come testimoniano le numerose pubblicazioni ed i molteplici progetti di ricerca (Lolli et al., 2010, RN4CAST, 2009); in particolare, la revisione di Ausili (2013) evidenzia **4 filoni** di ricerca rispetto questo focus: la numerosità e la tipologia del personale impiegato nell'assistenza (*nurse staffing and patient outcomes*); la definizione di livello di assistenza infermieristica necessario per garantire i risultati attesi in ambito ospedaliero (*nurse dose and patient outcomes*); le caratteristiche dell'ambiente di lavoro e l'organizzazione dell'assistenza (*positive practice environment and patient outcomes*); l'impiego di terminologie e classificazioni nella pratica clinica nella descrizione dei risultati di salute infermieristici (*nursing terminologies - classifications and patient outcomes*).

Gli studi che, come sottolinea Ausili (2013), hanno preso in considerazione il **numero e la tipologia degli infermieri impiegati nella pratica clinica** (numero di infermieri qualificati= *registered nurses*; numero di assistiti= *nurse/patient ratio*; tempo dedicato dagli infermieri per ciascun assistito in una giornata=*hours per patient day, HPPD*; rapporto tra il numero di infermieri e altri operatori addetti all'assistenza =*ratio of registerd nurses to other nursing personnel*), hanno valutato la correlazione tra queste variabili e alcuni significativi indicatori di salute quali per esempio la mortalità, l'incidenza di complicanze e la soddisfazione degli assistiti. Nonostante gli studi evidenzino una significatività statistica e clinica di alcune variabili correlate, i ricercatori suggeriscono cautela nell'identificare un nesso di causalità tra le caratteristiche del team assistenziale e i risultati sanitari ed organizzativi descritti (Chiari et al., 2012; Cullum et al., 2008; Dawes et al., 2005).



Rispetto la definizione del **livello di assistenza infermieristica necessario**, Manojlovich & Sidani (2008) hanno sviluppato il concetto di “*giusta dose*” di assistenza infermieristica definendola come il livello di assistenza infermieristica necessario da fornire agli assistiti per garantire i risultati di salute attesi nell’ambito ospedaliero.

In merito alle **caratteristiche dell’ambiente di lavoro** (tra cui le modalità di gestione del personale e l’organizzazione dell’assistenza) e i risultati conseguiti dagli ospedali sugli assistiti (*patient outcomes*) e sul personale addetto all’assistenza (*staff related outcomes*), i filoni di ricerca dimostrano che scadenti condizioni lavorative e professionali hanno un impatto negativo sul reclutamento e sulla ritenzione di personale infermieristico qualificato, sulla produttività, sulla qualità delle performance erogate dalle strutture sanitarie e sui risultati di salute degli assistiti con un conseguente aumento della spesa sanitaria complessiva (ANCC, 2012; Kelly et al., 2011; Nelson, 2011; Trinkoff et al., 2011; McGillis Hall et al., 2008; ICN, 2007a; ICN, 2007b; Joseph, 2007; RNAO, 2006a; RNAO, 2006b; West et al., 2004).

Inoltre, tra gli aspetti che possono favorire o sfavorire l’instaurarsi di un ambiente di lavoro positivo sono incluse le politiche di gestione del personale e i **modelli per l’organizzazione dell’assistenza** (per esempio, modello funzionale, *team nursing*, *modular nursing*, *primary nursing*; Calamandrei, 2008; Manthey, 2008; Kelly et al., 2011; ANCC, 2012; Pontello, 1998), pur suggerendo cautela nell’impiego dei risultati disponibili, una recente revisione sistematica della letteratura mostra come l’impiego di modelli organizzativi che favoriscono l’assunzione di responsabilità da parte degli infermieri ( *primary nursing*, *self- scheduling*), possa produrre un miglioramento di alcuni risultati organizzativi quali il turn-over, il tasso di assenteismo, il livello di soddisfazione e motivazione e quindi una riduzione delle spese di gestione del personale (Butrel et al., 2011; Kelly et al, 2011). Infine, l’ultimo filone di ricerca individuato in letteratura si focalizza sullo sviluppo, aggiornamento costante ed **utilizzo delle SNTs** nell’ambito clinico, della formazione, dell’organizzazione e della ricerca. La letteratura sottolinea come uno dei principali problemi nella misurazione dei risultati dell’assistenza infermieristica sia correlato alla scarsa presenza di dati nella documentazione sanitaria e assistenziale ed ad una disomogeneità nel linguaggio utilizzato dagli infermieri per descrivere la pratica professionale (Coenen & Titler, 2002).

I dati utili a descrivere e misurare l'assistenza infermieristica sono dati demografici (*demographic data*), dati di contesto (*setting data*) e dati specifici sull'assistenza infermieristica (*nursing care data*) (Werley & Lang, 1988); quest'ultimi descrivono i bisogni di assistenza infermieristica, le risposte di salute degli assistiti e le diagnosi infermieristiche (*nursing diagnoses/nursing phenomena*), i risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica (*nursing outcomes*) e gli interventi infermieristici erogati (*nursing intervention*). In Italia, pur non esistendo attualmente un accordo della comunità professionale infermieristica su quali specifiche teorie e quale terminologia utilizzare per descrivere e documentare l'assistenza infermieristica, alcuni contributi riportano la presenza e l'utilizzo di terminologie standardizzate nella pratica infermieristica, nella ricerca, e in particolar modo nella formazione e nella clinica (D'Agostino, 2017; Nebuloni, 2017; Castellan et al. 2016; Di Giacomo & Rigon, 2016; Rigon & Santin 2016; Badon & Cesaro, 2015; Ausili, et al. 2012a; Ausili et al., 2012b; Colombo et al., 2012; D'agostino et al. 2012; Virgoletti et al. 2012; Zampieron et al., 2011; Ausili, 2011; Sansoni, 2010; Palese et al., 2009; Sansoni e Giustini, 2006; Sansoni et al, 2003).

In linea con le osservazioni riportate sull'importanza di documentare i *nursing care data*, Saranto (2014) afferma che la documentazione infermieristica nella pratica clinica risulta essere ancora prevalentemente cartacea (Barthold, 2009; Thoroddsen et al., 2012) ed evidenzia l'importanza di utilizzare delle strutture e terminologie, al fine di garantire un flusso regolare ed uno scambio delle informazioni e dei dati nella pratica clinica al fine di permettere analisi statistiche a supporto delle politiche strategiche ed amministrative (Westra et al., 2008; 2010).

Rispetto l'utilizzo di sistemi informatizzati strutturati con SNTs, la letteratura internazionale è fervida e numerosa.

Hayrinen et al (2008) sottolinea la necessità di sviluppare delle ricerche a supporto dell'interoperabilità mondiale semantica dei record dedicati alla documentazione della salute; Urquart et al. (2009) analizza i diversi sistemi informatizzati ed, identificando sia gli effetti positivi che negativi di ciascuno di questi, sottolinea come la presenza di sistemi informatizzati basati su SNTs possano garantire: una migliore documentazione dell'assistenza infermieristica (in particolare circa problemi specifici come per esempio la gestione del dolore e l'educazione degli assistiti); una riduzione nel numero delle informazioni sanitarie mancanti o perse; un minor tempo impiegato dagli infermieri per documentare l'assistenza; una diminuzione degli errori di trascrizione.

Saranto (2014) descrive l'impatto dei sistemi informatici infermieristici strutturati con il processo assistenziale ed i linguaggi standardizzati; nello specifico, lo studio mette in luce che il processo assistenziale è utilizzato in 39 dei 61 studi inclusi nella revisione; il processo comprende dalle tre alle sette fasi; mentre, in merito all'utilizzo delle SNTs, i risultati evidenziano che le terminologie supportano quotidianamente l'erogazione delle cure infermieristiche; i risultati di salute infermieristici sono definiti e gli interventi infermieristici sono accuratamente descritti; inoltre, le SNTs hanno un positivo impatto sulla comunicazione tra infermieri (Klehr, 2009); nel garantire la continuità delle cure (Hellesø, 2006; Bowles, 2000); nel rispondere alle esigenze legali (Törnvall, 2009) e nell'accrescere le conoscenze degli infermieri (Törnvall, 2009). Infine, il ricercatore afferma che la formazione continua, l'attiva ricerca ed una leadership supportiva sono le chiavi fondamentali sia per l'utilizzo delle SNTs (Ehrenberg, 1999; Törnvall, 2009; Bergh, 2007; Rykkje, 2009; Törnvall, 2004) sia per l'utilizzo degli strumenti informatici, verso i quali gli infermieri dimostrano propensione e disponibilità all'impiego, benché siano documentate scarse attitudini (Ehrenberg, 1999; Rykkje, 2009; Törnvall, 2004; Kim, 2005a).

A conclusione del razionale del progetto, si propongono alcune considerazioni rispetto alla misurazione del valore economico dell'assistenza infermieristica all'interno della logica dei costi e dei finanziamenti. Ad oggi, nel contesto internazionale, sia in Europa, che negli USA, il sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate si basa sulle diagnosi mediche e sulle sue procedure (diagnosis-related groups [DRGs]) (Pirson et al 2013); mentre l'assistenza infermieristica, sebbene rappresenti la porzione maggiore dei costi ospedalieri (Darmody, 2014), è invisibile a livello dei rimborsi ospedalieri e gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica sono trascurati (Spirig et al 2014)

Alcuni studi (Halloran, 1988; Welton, 2006 Laport, 2008) sottolineano che i DRGs non sono omogenei rispetto le cure infermieristiche erogate in quanto descrivono solo il 20-40% della variabilità dell'assistenza infermieristica, tuttavia, non c'è un consenso internazionale in merito ad una metodologia da adottare per valutare i costi per i DRG infermieristici (Chiang, 2009).

Infine, Welton & Harper (2016a) sostengono che una documentazione infermieristica di qualità contribuisce a definire il valore del costo dell'assistenza infermieristica e propongono un modello, "*Nursing Value Data Model*" nel quale, sono considerati, tra le diverse variabili, compresi i bisogni/problemi di salute degli assistiti, i risultati e gli

interventi infermieristici; questi elementi possono essere inclusi e collegati agli assistiti, agli infermieri, o a specifiche variabili dei setting; ad esempio, i NOC (Birmingham, 2010) possono essere raccolti in maniera sequenziale durante il ricovero, collegati ai turni di lavoro, ai modelli di assegnazione degli assistiti agli infermieri per determinare se i fattori quali l'elevato carico di lavoro o la scarsa esperienza sono associati al percorso clinico.

I principali risultati del lavoro di Welton & Harper (2015 e 2016b) includono la concettualizzazione del valore dell'assistenza infermieristica che identifica come focus l'infermiere nella sua dimensione individuale e nel rapporto infermiere-assistito; la proposta di un modello che permette l'estrazione di dati infermieristici universali e sensibili da record informatici in maniera neutra; e lo sviluppo di nuove tecniche analitiche che consentono la misurazione del valore infermieristico con un approccio di benchmarking dell'infermieristica nei diversi setting ed in tempi diversi.

Le prime testimonianze dell'adozione di terminologie e vocaboli infermieristici risalgono al 1973, ma solo a partire dal 1989 l'*American Nurse Association* (ANA), prendendo consapevolezza che la standardizzazione della documentazione infermieristica rappresentava una componente critica al fine di supportare l'interoperabilità delle informazioni sanitarie, ha creato un processo per riconoscere i linguaggi, i vocabolari e le terminologie a supporto della pratica clinica (ANA, 2015).

Il documento dell'*Office of the National Coordinator for Health Technology* (ONC, 2017) mette in luce il lavoro continuo di ridefinizione con piani d'azione e linee guida, come frutto della collaborazione attiva di diversi attori come James J. Cimino e organizzazioni come *National Committee on Vital and Health Statistics* (NCVHS); anche se al tempo stesso, l'ANA sottolinea l'impossibilità di garantire la disponibilità di dati condivisibili e comparabili in merito all'assistenza infermieristica rimanendo questo aspetto un elemento di criticità.

L'ONC (2017), inoltre, mette in luce la necessità sempre maggiore di adottare una documentazione che sia longitudinale e interdisciplinare, di garantire un'assistenza di qualità e valore e di identificare il contributo di ciascun membro professionale del team per ottimizzare i flussi di lavoro del percorso di cura.

Di seguito sono declinate e rappresentate (Figura 2) le principali tappe che hanno caratterizzato l'evoluzione e lo sviluppo delle SNTs (ONC, 2017).

**1973.** Primo Congresso nazionale in merito alla Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche, svoltosi a St. Louis.

**1982.** Fondazione della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

**1989.** James J. Cimino ed altri autori definiscono le sette caratteristiche che deve possedere un vocabolario medico "*Designing Introspective, Multipurpose, Controlled Medical Vocabulary*".

**1989.** L'ANA costituisce il *Committee on Databases to Support Nursing Practices* al fine di sviluppare criteri per il riconoscimento delle terminologie infermieristiche.

**1990.** L'ANA *House of Delegates* raccomanda che il *Nursing Minimum Data Set* (NMDS) sia utilizzato per definire il costo e la qualità della pratica clinica infermieristica.

**1994.** L'ANA *Steering Committee on Databases to Support Clinical Nursing Practice* riconosce quattro classificazione infermieristiche da utilizzare nelle banche dati nazionali negli Stati Uniti.

**1997.** L'ANA pubblica un libro intitolato "*Nursing Information & Data Set Evaluation Center (NIDSEC): Standards and Scoring Guidelines.*" nel quale descrive le linee guida da utilizzare per valutare i sistemi informativi che supportano la documentazione nella pratica clinica infermieristica. I sistemi informativi sono valutati sulla base di **quattro** dimensioni:

- 1) **nomenclatura:** termini che devono essere contenuti nella *Uniform Medical Language System* (UMLS) e che riflettono il SNTs riconosciuto;
- 2) **contenuto clinico:** rappresenta il processo d'assistenza infermieristico;
- 3) **Data Repository:** presenza di un archivio di dati clinici (CDR) per memorizzare i dati longitudinalmente;
- 4) **General System Characteristics:** caratteristiche del sistema hardware/software per supportare l'archiviazione di dati infermieristici e i requisiti di elaborazione del CDR.

**1997.** All'inizio del 1997, *L'American Medical Informatics Association* (AMIA) e il *Nursing Informatics Working Group* (NIWG) sponsorizzano alcune attività per supportare il flusso di informazioni tra esperti in merito alla terminologia infermieristica e altri stakeholder informatici, quali esercitazioni, laboratori e panel di lavoro, nonché pubblicazione di articoli.

**1999.** L'ANA revisiona ed aggiorna i criteri per il riconoscimento delle terminologie infermieristiche facendo riferimento agli standard dell'*International Standards Organization* (ISO).

**Giugno 1999.** *Vanderbilt University* convoca la *Nursing Vocabulary Summit Conference* con l'obiettivo di raggiungere un consenso sulle caratteristiche che deve possedere una terminologia infermieristica standardizzata; uno dei risultati principali di questo Summit è la presa di coscienza che nessun sistema di classificazione può essere assunto come standard, ma piuttosto gli sforzi devono essere volti a sviluppare una terminologia di riferimento per armonizzare gli standard esistenti; tenutosi annualmente fino al 2008, il lavoro della conferenza ha contribuito all'adozione degli standard per la professione infermieristica.

**Luglio 2000.** *The National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS)* pubblica un rapporto intitolato “*Uniform Data Standards for Patient Medical Record Information*” to the *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)* in merito all'adozione di dati uniformi per registrare le informazioni cliniche mediche dell'assistito (PMRI) e lo scambio elettronico di tali informazioni; la relazione stabilisce **quattro** principi guida per la terminologia PMRI:

1. consentire l'interoperabilità tra sistemi informativi;
2. facilitare la comparabilità dei dati;
3. avere elementi a supporto della qualità, responsabilità e integrità dei dati;
4. garantire un grado di accettazione a livello commerciale.

**Dicembre 2002.** La *NCVHS* pubblica una relazione che si focalizza sullo scopo e sui criteri dei dati standardizzati uniformi.

**2005.** *Department of Health and Human Services (HHS)* comunica l'elenco delle classificazioni adottate da tutte le agenzie federali, tra cui il *SNOMED CT* per la professione infermieristica.

**2007.** *The Healthcare Information Technology Standards Panel (HITSP)* raccomanda l'utilizzo della terminologia di *SNOMED CT* per comunicare informazioni interoperabili tra diversi sistemi. Inoltre, *Interoperability Specification Pre-condition (HITSP)* specifica che l'invio e l'utilizzo è possibile per le terminologie infermieristiche formalmente codificate quali *Clinical Care Classification System (CCC)* e *Omaha System*, le quali sono integrate nel *SNOMED CT*.

**2008.** L'ANA stabilisce **6 criteri** strutturali necessari per definire una terminologia infermieristica standardizzata (Tabella I).

**Dal 2013 fino al 2016** (annualmente) *The University of Minnesota School of Nursing – Center for Nursing Informatics* begins hosting the *Nursing Knowledge: Big Data Research to Transform Health Care consensus Conference* ha organizzato

delle conferenze il cui scopo principale era creare "un piano d'azione nazionale per implementare ed utilizzare dati infermieristici condivisibili e comparabili ai fini di strutturare dei report di qualità e sviluppare una ricerca traslazionale".

ANA Recognition Six-Point Criteria	
Approved by the Congress on Nursing Practice and Economics	
1.	La terminologia supporta uno o più elementi del processo d'assistenza infermieristico
2.	Il rationale dello sviluppo supporta questa terminologia come una nuova terminologia o come un contributo unico all'assistenza infermieristica/sanitaria
3.	Le principali caratteristiche della terminologia sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Supporto di uno o più domini dell'infermieristica</li> <li>•Descrizione degli elementi dati</li> <li>•Coerenza interna</li> <li>•Test di affidabilità, validità, sensibilità e specificità</li> <li>•Utilità nella pratica rendendo evidente lo scopo, l'utilizzo e la popolazione utilizzatrice</li> <li>•Codifica utilizzando identificatore univoco privo di contesto</li> </ul>
4.	Le caratteristiche del processo di sviluppo e manutenzione della terminologia includono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilizzo definito della terminologia</li> <li>• La centralità del contenuto (persona assistita, comunità, ecc.)</li> <li>• Framework di ricerca utilizzato per lo sviluppo</li> <li>• Partecipazione aperta a tutti per lo sviluppo iniziale e permanente</li> <li>• Processo Sistematico, definito in corso per lo sviluppo</li> <li>• Rilevanza e pertinenza per la disciplina e per l'assistenza infermieristica</li> <li>• Partnership collaborative</li> <li>• Documentazione del rationale delle scelte</li> <li>• Meccanismi di revisione e di controllo definiti</li> <li>• Programma di manutenzione definito</li> <li>• Piani a lungo termine per la sostenibilità</li> </ul>
5.	Meccanismi di accesso e distribuzione definiti
6.	Piani e strategie definiti per lo sviluppo futuro

**Tabella I. - 6 criteri base per definire una terminologia infermieristica standardizzata, riconosciuti dall'ANA ed approvati dal Congress on Nursing Practice and Economics**

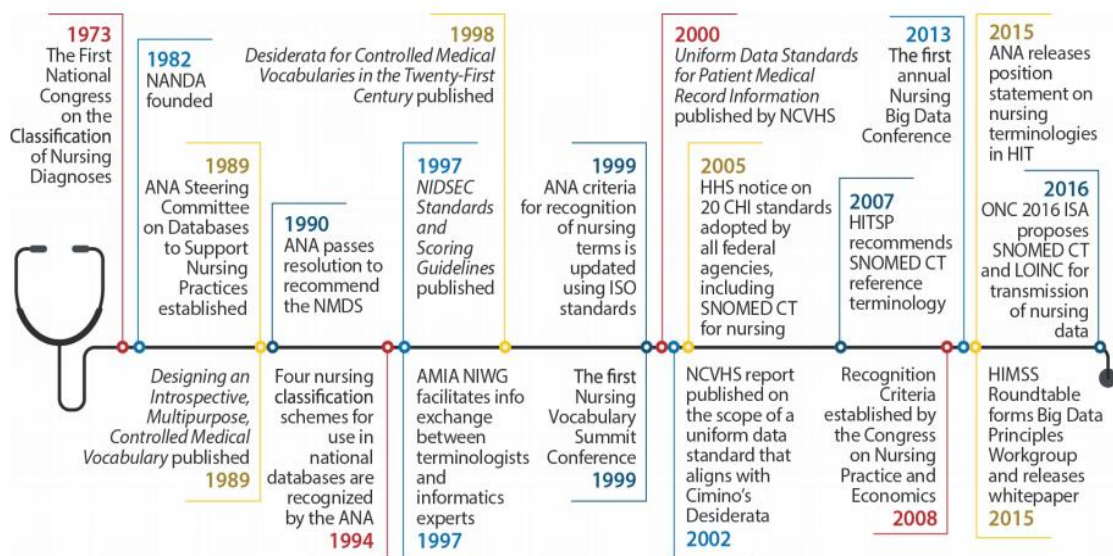
**2015.** *The Healthcare Information and Management System Society (HIMSS) CNO-CNIO Vendor Roundtable forms the Big Data Principles Workgroup* nel documento "Guiding Principles for Big Data in Nursing" identifica alcune raccomandazioni incentrate sulla promozione degli standards e dell'interoperabilità delle SNTs:

- promuovere l'uso delle terminologie standardizzate riconosciute per rispondere alle esigenze di documentare da parte di tutto il team di professionisti la pratica clinica; questo richiede un piano strategico per implementare le terminologie infermieristiche riconosciute e mappate a livello nazionale, cioè SNOMED CT o LOINC.

- Consigliare l'utilizzo coerente di scale di valutazione standardizzate riconosciute con consenso internazionale.
- L'ANA riconosce che le terminologie infermieristiche riconosciute devono essere aggiornate costantemente e rese disponibili alle organizzazioni dedicate a definire gli standards internazionali per la traduzione e la mappatura completa.
- Minimizzare l'uso di documentazione con linguaggio comune e utilizzare il linguaggio standardizzato a supporto della presa di decisioni, della ricerca e di una conoscenza analitica.

**2015.** L'ANA pubblica un **Position Statement** sottolineando il suo completo supporto all'utilizzo delle terminologie riconosciute nella pratica infermieristica all'interno dell'EHR e altre forme tecnologiche utilizzate nell'ambito sanitario.

**2016.** L'ONC propone un'analisi ad ampio raggio per comprendere in maniera approfondita lo stato attuale e le sfide associate con le 12 terminologie infermieristiche standardizzate riconosciute dall'ANA.



**Figura 2. Principali tappe dell'evoluzione e dello sviluppo delle SNTs**

Ad oggi, come sottolineato precedentemente, l'ANA riconosce 12 terminologie infermieristiche standardizzate (Figura 3), suddivise in **3 diverse categorie** di seguito declinate (ONC, 2017):



1. **Minimum Data Sets** ...“*un set minimo, essenziale di elementi, di dati con definizioni e codici standardizzati e categorizzati con uno scopo specifico, ad esempio descrivere la pratica clinica infermieristica o i dati contestuali di gestione che influenzano la cura*”.
2. **Interface Terminologies** terminologie utilizzate come interfaccia (point-of-care) includono termini/concetti attuali utilizzati dagli infermieri per descrivere e documentare l’assistenza infermieristica (individui, famiglie, gruppi e comunità).
3. **Reference Terminologies** terminologie di riferimento sono progettate per “... avere una semantica comune per diverse implementazioni” e “idealmente, permettono ai clinici di usare termini appropriati nella pratica clinica disciplinare, quindi mappare i termini con una terminologia di riferimento al fine di comunicare un significato simile all’interno dei diversi sistemi”.

Interface Terminologies	Minimum Data Sets
1. Clinical Care Classification (CCC) System	1. Nursing Minimum Data Set (NMDS)
2. International Classification for Nursing Practice (ICNP)	2. Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)
3. North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)	
4. Nursing Interventions Classification System (NIC)	Reference Terminologies
5. Nursing Outcomes Classification (NOC)	1. Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)
6. Omaha System	2. SNOMED Clinical Terms (SNOMED CT)
7. Perioperative Nursing Data Set (PNDS)	
8. ABC Codes	

**Figura 3. Le 12 SNTs riconosciute dall’ANA**

L’ONC, nel documento promulgato a maggio del 2017, inoltre, propone una descrizione dettagliata delle 12 terminologie infermieristiche standardizzate riconosciute dall’ANA e di seguito sono riportati alcuni degli elementi più significativi.

### **1. NMDS (Nursing Minimum Data Set)**

Il NMDS è un insieme di elementi sviluppati coerentemente con *Uniform Minimum Health Data Set* (UMHDS), comprende 16 items organizzati all’interno delle categorie: assistenza infermieristica (diagnosi, interventi, risultati e intensità dell’assistenza infermieristica), dati anagrafici dell’assistito ed elementi in merito all’organizzazione;

gli elementi del NMDS possono essere utilizzati come struttura di riferimento da altre terminologie infermieristiche come NANDA-I, NOC e NIC.

## **2. NMMDS (Nursing Management Minimum Data Set)**

Il NMMDS è un databaset minimo di dati sanitari coerenti per valutare l'efficacia dell'assistenza infermieristica; è strutturato rispetto a 18 elementi collegati all'ambito infermieristico, alle risorse necessarie per l'assistenza infermieristica e alle risorse finanziarie e mappati nel LOINC.

## **3. CCC (Clinical Care Classification)**

Un progetto di ricerca del 1991, condotto dalla dottoressa Virginia Saba e dai colleghi dell'Università di Georgetown, ha portato allo sviluppo del sistema di classificazione che si è evoluto nel Clinical Care Classification (CCC, 2013-2014); la ricerca si è concentrata sulla creazione di un processo per identificare e classificare gli assistiti al fine di determinare le risorse e le misure necessarie per descrivere i risultati di salute infermieristici; i codici sono strutturati con un modello di informazioni implicite per collegare le diagnosi infermieristiche agli interventi e ai risultati.

## **4. ICNP® (International Classification of Nursing Practice)**

L'ICNP è un linguaggio standardizzato internazionale che consente di definire i fenomeni di natura infermieristica (*nursing phenomena/diagnoses*), i risultati infermieristici (*nursing outcomes*) e gli interventi infermieristici (*nursing interventions*); sviluppata dall'*International Council of Nurses* in un programma di ricerca avviato nel 1989, nel 2009 è stata accettata come terminologia e classificazione della pratica infermieristica, nella *Famiglia di Classificazioni Internazionali* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICNP, 2015).

## **5. NANDA-I (NANDA International)**

La collaborazione con la *National Conference Group task force* a partire dal 1973 ha portato alla creazione nel 1982 della NANDA (American North American Nursing Diagnosis Association); nel 2002 NANDA è diventata NANDA International (NANDA-I); attualmente comprende 244 diagnosi infermieristiche (Herdman, 2017); è ampiamente utilizzata in diversi setting di cura, pubblicata in diversi paesi e tradotta in 18 lingue; ed utilizzata in tutto il mondo. Herdman (2014) definisce la *diagnosi infermieristica NANDA-I* “*un giudizio clinico riguardante le esperienze/risposte della*

*persona, famiglia, 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 mission della NANDA-I è:

- Facilitare lo sviluppo, il perfezionamento, la diffusione e l'utilizzo della terminologia diagnostica infermieristica standardizzata, fornendo a livello internazionale le principali diagnosi infermieristiche basate su evidenze scientifiche per la pratica clinica e per determinare i risultati di salute infermieristici e gli interventi infermieristici collegati.
- Contribuire alla sicurezza dell'assistito integrando nella pratica clinica la terminologia basata su evidenze scientifiche.
- Ricercare finanziamenti attraverso la fondazione NANDA-I.
- Sostenere un network mondiale di infermieri che si dedichino a promuovere un'assistenza infermieristica di qualità ed un miglioramento della sicurezza degli assistiti attraverso una pratica basata su evidenze scientifiche.

La NANDA-I è comunemente utilizzata con *Outcomes Nursing Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC), denominata NANDA-I, NOC e NIC (NNN), al fine di garantire la classificazione standardizzata delle diagnosi infermieristiche, dei risultati di salute infermieristici e degli interventi infermieristici. *The Diagnosis Development Committee* (DDC) formula e conduce processi di revisione delle diagnosi; rivede la letteratura/propone e mette in atto un processo rigoroso per assicurare che la nuova terminologia rifletta gli standard di cura adeguati.

Lo standard è rivisto ogni tre anni.

## **6. NOC (Nursing Outcome Classification )**

Il risultato dell'assistito **NOC** *“sensibile all'assistenza infermieristica descrive la condizione, il comportamento, la percezione di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità, i quali sono misurati attraverso un continuum in risposta ad uno o più interventi infermieristici.*

*A ciascun risultato NOC è associato un gruppo di indicatori che sono utilizzati per determinare lo stato dell'assistito in relazione al risultato stesso”* (Moorhead et al., 2013).

## **7. NIC (Nursing Intervention Classification)**

L'Intervento infermieristico NIC *“è un qualsiasi trattamento, basato sul giudizio clinico e sulla conoscenza, che l'infermiere mette in atto per migliorare i risultati dell'assistito. Sono interventi infermieristici quelli di assistenza diretta e indiretta, rivolti alle persone, famiglia e comunità, e quelli che consistono in trattamenti iniziati sia da un infermiere, sia da un medico e o da altri professionisti della salute”* (Bulechek et al., 2013). NOC e NIC sono stati inizialmente sviluppati attraverso finanziamenti da parte della National Institutes of Health by research teams presso University of Iowa. Il Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) ospita l'University of Iowa College of Nursing, il quale promuove la ricerca continua e lo sviluppo di NOC e NIC, classificazioni standardizzate complete, basate su evidenze scientifiche. L'utilizzo di NIC e NOC permette di documentare l'assistenza infermieristica nonché di:

- Comunicare l'assistenza infermieristica nei diversi setting assistenziali;
- Valutare i risultati;
- Condurre ricerche sull'efficacia;
- Misurare la produttività del lavoro infermieristico;
- Valutare le competenze infermieristiche;
- Facilitare i rimborsi delle assicurazioni; e
- Disegnare un curriculum.

Originariamente NOC e NIC erano revisionati ed aggiornati ogni quattro anni, ad oggi, visto che la terminologia è maturata, ogni cinque anni. Gli infermieri utilizzano le terminologie in diversi setting assistenziali: dagli ospedali per acuti, al domiciliare, agli ambulatoriali, ai servizi di riabilitazione ed alle strutture di assistenza a lungo termine.

## **8. OMAHA SYSTEM**

L'Omaha System (Martin, 2005), include la terminologia e un modello di informazioni implicite orientate a guidare la pratica, a documentare la clinica ed a garantire un framework per le informazioni in merito all'organizzazione; sulla base di uno sviluppo rigoroso, è incorporata ed integrata, in un valido e affidabile sistema informatico strutturato sulla base dei servizi offerti ai clienti. Ad oggi, Omaha System è una tassonomia standardizzata per la pratica clinica e la documentazione è basata su evidenze scientifiche, presenta una struttura focalizzata su tre componenti (Solving the Clinical Data-Information Puzzle, 2013):

- Schema di classificazione del problema: valutazione del cliente;
- Programma d'intervento: piani di assistenza e servizi; e
- Scale di valutazione dei risultati del problema: cambiamento del cliente/valutazione degli elementi.

### **9. PNDS (Perioperative Nursing Data Set)**

Il *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS) è un sistema di classificazione e di codifica di diagnosi, risultati e interventi concepito per l'assistenza dell'assistito nella fase perioperatoria, consentendo nel continuum del percorso di cura chirurgico il monitoraggio e il benchmarking dei risultati delle persone assistite nonché di valutare l'efficienza della sala operatoria. Il PNDS fornisce un quadro per standardizzare la documentazione clinica all'interno di un sistema informatico; è l'unica terminologia infermieristica perioperatoria riconosciuta dall'ANA (Kleinbeck, 1999).

### **10. ABC Codes (Alternative Billing Codes)**

ABC Codes non include un modello di informazioni implicite, è stato progettato per la documentazione informatizzata e la valutazione dei servizi sanitari non medici e delle medicine alternative; è utilizzata dalle discipline sanitarie per presentare richieste di rimborso (ABC Coding Solutions).

### **11. LOINC® (Logical Observation Identifiers Names and Codes)**

LOINC comprende termini in merito ai test di laboratorio, ai dati clinici come segni vitali, agli strumenti di indagine standardizzati ed altre osservazioni dell'assistito; è composto da più di 71.000 termini prevalentemente inerenti a dati di laboratorio e clinici, è disponibile gratuitamente, ed è ampiamente utilizzato nei sistemi informativi sanitari statunitensi per l'interoperabilità di informazioni cliniche; insieme a SNOMED CT, LOINC è multidisciplinare.

### **12. SNOMED CT (Systematic Nomenclature of Medicine Clinical Terms)**

Di proprietà e distribuito da SNOMED International (Millar, 2016), SNOMED CT è una terminologia clinica completa e multilingue di assistenza sanitaria utilizzata in più di 50 paesi, implementato a livello informatico, fornisce un approccio multidisciplinare per rappresentare in modo coerente e affidabile gli aspetti clinici dell'assistito. SNOMED CT è caratterizzato da 3 diversi componenti: i concetti clinici; descrizioni che collegano i termini ai concetti; e relazioni per collegare ogni concetto ad altri

concetti correlati; è ampliato da un dataset di riferimento che supporta la personalizzazione e il miglioramento della SNOMED CT, inclusi sottotitoli, preferenze linguistiche e la mappatura da o verso altre terminologie. Le mappe di SNOMED CT forniscono collegamenti espliciti ad altre classificazioni e sistemi di codifica relativi alla salute, come *International Classification of Diseases (ICD-10)*.

La letteratura internazionale, oltre alle 12 SNTS approvate e validate dall'ANA (2012), [Clinical Care Classification (CCC), International Classification for Nursing Practice; North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I); Nursing Interventions Classification (NIC); Nursing Outcomes Classification (NOC); Omaha System; Perioperative Nursing Data Set (PNDS), ABC Codes; Nursing Minimum Data Set (NMDS); Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS); Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC), Systematized Nomenclature of Medicine- Clinical Terms (SNOMEd-CT)], riconosce altre SNTs utilizzate nella pratica clinica.

Nello specifico, Thoroddsen (2012) afferma che in 16 paesi europei, sono in uso anche l'*International Classification of Functions (ICF)* e Valbefinnande, Integritet, Prevention, Sakerhet (VIPS- english: Well-being, Integrity, Prevention, Security); mentre, Witiek (2004) mette in luce che nel contesto europeo si utilizza anche l'*European Nursing Pathways*; infine Hayrinen (2010) e Saranto (2014) affermano che in Finlandia i professionisti utilizzano *Finnish care Classification (FinCC)*.

In linea con questi ricercatori, **Törnvall & Jansson (2015)** dichiarano che *The World Health Organization (WHO)* ha approvato “*The International Classification of Disease (ICD)*” e “*The International Classification of Functionality (ICF)*” come due terminologie fondamentali della “*WHO Family of International Classification*” al fine di documentare statisticamente i risultati inerenti la salute (WHO, 2013); inoltre, gli autori sottolineano che la WHO ha approvato la *International Classification for Nursing Practice* come classificazione idonea per qualsiasi setting di cura (International Council of Nurses, 2013).

**Törnvall & Jansson (2015)**, infine, affermano che non c'è un *consensus* internazionale sulla terminologia infermieristica standardizzata da utilizzare, tuttavia numerosi Stati, come la Svezia, “*The Swedish Patient Act (2008)*”, raccomandano di utilizzare nella pratica clinica delle specifiche terminologie.

Sulla scia della Svezia, *l'European Federation of Nurse Association*, nel Position Statement on Ehealth (2009), incentiva l'integrazione delle terminologie internazionali

nei sistemi informatici al fine di garantire una continuità ed una miglior comunicazione e di disporre di dati rilevanti ed affidabili rispetto l'assistenza infermieristica e gli outcome assistenziali e nel documento “*Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU EFN Competency Framework (2015)*” suggerisce di utilizzare le tassonomie nella pianificazione assistenziale infermieristica.

A livello internazionale, parimente, l'ANA (2015) e la National Association of School Nurses (NASN, 2012) hanno pubblicato due Position Statement a completo supporto dell'utilizzo delle terminologie standardizzate nella pratica clinica e nella formazione.

Nello specifico, L'ANA promuove l'integrazione delle terminologie standardizzate con le differenti soluzioni informatiche, al fine di garantire una più rapida interoperabilità tra i differenti concetti, nomenclature e sistemi informatici (ANA, 2015); la NASN incoraggia l'utilizzo delle SNTS nella formazione infermieristica poiché promuove la qualità delle cure, valida l'efficacia dei servizi dedicati alla formazione dei professionisti e permette di raccogliere dati ai fini della ricerca.

Infine, in linea con la descrizione delle principali caratteristiche delle 12 SNTS riconosciute dall'ANA, nella Tabella II, si propone un quadro sinottico nel quale si mettono a confronto l'anno in cui si sono sviluppate, l'anno in cui sono state riconosciute dall'ANA, il principale setting di adozione, l'anno dell'ultimo inserimento nell'**Uniform Medical Language System** ed il timeline di revisione ed aggiornamento.

<b>Minimum Data Sets</b>	<b>Year Developpe</b>	<b>Year Recognize</b>	<b>Setting Where Developed</b>	<b>Nursing Content</b>	<b>Latest Update via UMLS Uniform Medical Language System</b>	<b>Publication Schedule</b>
<b>1. NMDS</b> Nursing Minimum Data Set	1985	1999	All Nursing	Clinical Data Elements	NMDS in not in UMLS	No
<b>2. NMMDS</b> Nursing Management Minimum Data Set	1989	1998	All Settings	Management Data Elements	NMDS in not in UMLS. However, it is fully encored with LOINC, wich in UMLS	no
<b>Interface Terminologies</b>	<b>Year Developpe</b>	<b>Year Recognize</b>	<b>Setting Where Developed</b>	<b>Nursing Content</b>	<b>Latest Update via UMLS Uniform Medical Language System</b>	<b>Publication Schedule</b>
<b>3. CCC</b> Clinical Care Classification	1988	1992	Home Care	Diagnoses, Interventions, and Outcome Rating	2012	CCC System National Scientific Advisory Board meets annually
<b>4. ICNP®</b> International Classification of Nursing Practice	1989	2000	All Nursing	Diagnoses, Interventions, and Outcome	2015	Release in May or June of the second year
<b>5. NANDA-I</b> NANDA International	1973	1992	All Nursing	Diagnoses	2002	Every thee years
<b>6. NOC</b> Nursing Outcome Classification	1991	1997	All Nursing	Outcomes	2008	Every five years
<b>7. NIC</b> Nursing Intervention Classification	1987	1992	All Nursing	Interventions	2008	Every five years
<b>8. OMAHA SYSTEM</b> Omaha System	1975	1992	Home Care, Public Health, and Community	Diagnoses, Interventions, and Outcome Rating	2005	Reviewed every two years
<b>9. PNDS</b> Perioperative Nursing Data Set	1988	1999	Perioperative	Diagnoses, Interventions and Outcome	2011	Every five years
<b>10. ABCCodes</b> ABC Codes	1996	2000	Nursing and Other	Billing Codes	2009	Schedule based on availability of resources
<b>Reference Terminologies</b>	<b>Year Developpe</b>	<b>Year Recognize</b>	<b>Setting Where Developed</b>	<b>Nursing Content</b>	<b>Latest Update via UMLS Uniform Medical Language System</b>	<b>Publication Schedule</b>
<b>11. LOINC®</b> Logical Observation Identifiers Names and Codes	1994	2002	Nursing and Other	Assessments and Outcome	2017	Twice annualy: December and June
<b>12. SNOMED CT</b> Systematic Nomenclature of Medicine Clinical Terms	2000	1999	Nursing and Other	Diagnoses, Interventions, Outcome, Findings	2017	Twice annualy: January and July

Tabella II. Quadro sinottico delle 12 terminologie infermieristiche standardizzate riconosciute dall'ANA



## 2.2 Le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC

La **tassonomia NANDA-I** fornisce un modo per classificare e standardizzare le aree di interesse infermieristico, è caratterizzata da **3 livelli**: dominio, classe e diagnosi; nello specifico, nell'edizione 2015-2017 (Herdman, 2014) sono incluse **235 diagnosi** raggruppate in **13 domini** (“*ambito di conoscenze*”) e **47 classi** (“*gruppi che condividono caratteristiche comuni*”); mentre nell'edizione 2018-2020, pubblicata a maggio 2017 e, non ancora tradotta in italiano, le diagnosi incluse sono **244**.

La struttura dei codici della *Tassonomia II* è un integer a 32-bit (o, a seconda del database, un codice a 5 caratteri); questa struttura prevede la stabilità, oppure la crescita e lo sviluppo della struttura della classificazione in modo da non dover cambiare i codici ogni volta che si aggiungono nuove diagnosi, perfezionamenti o revisioni, infatti, alle nuove diagnosi infermieristiche approvate sono assegnati nuovi codici e non sono più riutilizzati i codici ritirati (Herdman, 2014, p. 87)

Le diagnosi NANDA-I trattano le risposte della persona rispetto alle situazioni di salute/processi vitali delle persone, caregiver, famiglie, gruppi e comunità e si distinguono in:

- **Diagnosi di promozione della salute** - un giudizio clinico che descrive *la motivazione e il desiderio di accrescere il proprio benessere e di realizzare il proprio potenziale umano di salute*; queste risposte sono espresse dalla disponibilità a migliorare specifici comportamenti inerenti la salute e di metterli in atto in ogni stato di salute.
- **Diagnosi di rischio**- un giudizio clinico che descrive *la vulnerabilità di una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità di sviluppare una risposta umana indesiderata* rispetto alle condizioni di salute/processi vitali
- **Diagnosi focalizzate su un problema di salute attuale (*problem-focused*)** - un giudizio clinico che descrive *una risposta umana indesiderata* rispetto alle condizioni di salute/processi vitali di una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità.
- Nella tassonomia NANDA-I sono presenti, anche se in numero limitato, **diagnosi a sindrome**.

La diagnosi a sindrome è un giudizio clinico che descrive un *gruppo di diagnosi infermieristiche* individuate contemporaneamente e che trovano miglior risposta insieme e con interventi simili (Herdman, 2014, p. 20).

**La terminologia standardizzata dei risultati NOC** sensibili all'assistenza infermieristica è una guida pratica per individuare con l'assistito i risultati da raggiungere e verificare i cambiamenti dello stato di salute dell' assistito dopo un intervento. Ogni risultato NOC ha una definizione, una scala di misura, un elenco di indicatori associati, aggregati per concetto e riferimento di supporto.

I risultati NOC sono organizzati in una tassonomia che facilita l'identificazione dei risultati nella pratica clinica ed è caratterizzata da **5 livelli**: domini, classi, risultati, indicatori e scale di misura. Nello specifico, l'attuale classificazione NOC contiene **7 domini, 32 classi, 490 risultati** ed oltre **14.000 indicatori di risultato**.

In ogni scala **Likert a 5 punti**, il valore **"1"** rappresenta la condizione dell'assistito **"meno auspicabile"** rispetto al risultato atteso e il valore **"5"** rappresenta la condizione **"più auspicabile"** e questo permette all'infermiere di valutare i cambiamenti nello stato di salute dell'assistito o il mantenimento dei risultati stabiliti nel tempo (Moorhead et al., 2013; Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, 2013).

**La terminologia standardizzata degli interventi infermieristici NIC** è caratterizzata da **3 livelli**: domini, classi, interventi .

Nello specifico, l'attuale classificazione NIC comprende **7 domini, 30 classi, 554 interventi** e oltre **13 000 attività** (Bulechek et al., 2013).

Un quadro sinottico in merito alla struttura delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN) è descritto nella Tabella III.

Livelli	Tassonomia	NANDA-I (2015-2017)	NANDA-I (2018-2020)	NOC (2013)	NIC (2013)
<b>1</b>	<b>Domini</b>	1. Promozione della salute 2. Nutrizione 3. Eliminazione e scambi 4. Attività/Riposo 5. Comunicazione 6. Autopercezione 7. Ruoli e relazioni 8. Sessualità 9. Coping/Tolleranza allo stress 10. Principi di vita 11. Sicurezza/Protezione 12. Benessere 13. Crescita/sviluppo		1. Stato funzionale 2. Salute fisiologica 3. Salute psicosociale 4. Conoscenze e comportamenti relativi alla salute 5. Salute percepita 6. Salute della famiglia 7. Salute della comunità	1. Fisiologico di base 2. Fisiologico complesso 3. Comportamento 4. Sicurezza 5. Famiglia 6. Sistema sanitario 7. Comunità
<b>2</b>	<b>Classi</b>	47 classi		32 classi	30 classi
<b>3</b>	<b>Titoli</b>	235 diagnosi NANDA-I e loro codice	244 diagnosi NANDA-I e loro codice	490 risultati e loro codice	554 interventi e loro codice
<b>4</b>	<b>Scala di misura</b>	-		Likert 1-5	-
<b>5</b>	<b>Attività</b>	-			oltre 13.000

**Tabella III. Descrizione sinottica della struttura delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN)**

Gli infermieri, in qualità di professionisti che esprimono una mente disciplinare al fine di enunciare delle diagnosi infermieristiche, progettare dei risultati desiderati e selezionare gli interventi e le attività atte a raggiungere il risultato, mettono in atto **un processo decisionale**; quindi, l'utilizzo delle tassonomie e dei loro collegamenti (**linkages**) nella pratica clinica non costituiscono una formula prescrittiva e non sostituiscono né il processo decisionale clinico basato sul ragionamento diagnostico né il metodo del processo d'assistenza infermieristico.

Come sottolinea l'autore Johnson (2014) *“i collegamenti forniscono possibili scelte e quindi facilitano il giudizio infermieristico per progettare l'assistenza basata sulle conoscenze, comprendere la condizione unica di ciascun assistito, interpretare in modo accurato le informazioni ricavate dall'accertamento e validare i dati dell'accertamento con evidenze scientifiche a sostegno”*.

Gli infermieri usano il proprio giudizio clinico con le persone, le famiglie, i gruppi e le comunità al fine di migliorare la loro salute, la loro capacità di far fronte a problemi di salute e promuovere la qualità della loro vita; inoltre, come sottolinea la teorica Gordon (2009, pp. 84-89), il giudizio clinico deve essere supportato da *“un modello concettuale che dia lo scopo e l'orientamento al processo di assistenza infermieristica ed in particolare alla definizione della diagnosi infermieristica”*.

Infatti, la prima decisione clinica che l'infermiere deve assumere nella pratica clinica è la definizione della diagnosi infermieristica, la quale prevede un accertamento delle condizioni dell'assistito (Gordon, 2009, p.91).

L'accertamento, inteso come l'insieme della valutazione globale iniziale dell'assistito e comprensiva di accertamento iniziale e mirato, prevede la raccolta, la validazione, l'organizzazione e la registrazione dei dati; si focalizza sulle risposte degli assistiti, non sui processi patologici e richiede, nella sua dinamica espressiva di continuum in tutte le fasi del processo infermieristico, l'utilizzo del pensiero critico dell'infermiere e solide conoscenze di base (Wilkinson, 2013, pp. 67-94).

Una volta che è stata determinata una diagnosi infermieristica, l'infermiere può individuare e concordare con l'assistito/gruppo di assistiti il NOC adatto, tenendo in considerazione alcuni fattori:

1. caratteristiche definenti della diagnosi;
2. fattori correlati della diagnosi;
3. caratteristiche dell'assistito che possono influenzare il raggiungimento del risultato;
4. risultati in genere associati alla diagnosi;

5. preferenze dell'assistito.

Dopo aver individuato il risultato NOC, l'infermiere può prendere in considerazione gli interventi NIC e le relative attività più appropriate , valutando con attenzione, come suggeriscono gli autori Bulechek e colleghi (2014):

1. risultati desiderati con l'assistito;
2. diagnosi infermieristica;
3. ricerche sull'intervento;
4. fattibilità dell'intervento;
5. accettazione da parte dell'assistito;
6. competenza dell'infermiere.

### 3. REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA SULLE TASSONOMIE NANDA-I, NOC E NIC

Nella prima fase del percorso di dottorato è stata condotta una revisione della letteratura in merito alle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, la quale poi è stata mantenuta ed aggiornata nel corso dei tre anni di studio.

In questo capitolo sono descritti in maniera dettagliata i diversi step metodologici della ricerca e i principali risultati.

#### 3.1 Introduzione e background

La letteratura internazionale sottolinea come sia importante documentare l'assistenza sanitaria per garantire lo scambio di informazioni, la valutazione delle cure erogate anche ai fini della ricerca (Swedish Patient Act, 2008; Urquhart et al. 2009; Zwannswijk et al., 2011); ed evidenzia come i professionisti documentino in maniera inaccurata e incoerente (Paans et al., 2010c); allo stesso modo, sottolinea come l'utilizzo delle SNTs possa facilitare la strutturazione della documentazione e il riutilizzo dei dati (Monsen et al., 2010).

Le SNTs permettono di analizzare l'efficacia dell'assistenza infermieristica e comparare i risultati dei diversi interventi infermieristici nei setting assistenziali (Moorhead et al., 2008; Rutherford, 2008); descrivere il contributo dell'assistenza infermieristica sugli assistiti (Lundberg et al. 2008); e favorire la consapevolezza della responsabilità professionale (Jennings & McClure, 2004).

Tastan (2014), in linea con l'American Nurses Association (ANA, 2012), afferma che le SNTs utilizzate a livello internazionale a supporto della pratica clinica sono 12, propone una disanima dello "*state of the science for the five standardized terminology*", NNN (NANDA-I/NOC/NIC); l'ICNP; l'Omaha System; la CCC/HHCC ed il PNDS, in termini di livelli di evidenza, focus e caratteristiche del campione degli studi e sostiene che quelle maggiormente utilizzate sono le tassonomie NNN (Park, 2011; Anderson et al., 2009; Thoroddsen, 2012).

Sanson (2017) descrive l'impatto delle diagnosi infermieristiche sui risultati degli assistiti e sugli esiti organizzativi e riporta che, quasi la totalità degli studi esaminati ha utilizzato la tassonomia NANDA-I, producendo la maggiore evidenza in relazione a risultati sugli assistiti ed esiti organizzativi; a conferma che la terminologia NANDA-I è la più utilizzata a livello internazionale (Tastan et al 2014).

Le tassonomie NNN, ossia NANDA-I (Herdman, & Kamitsuru, 2015), NOC (Moorhead et al., 2013) e NIC (Bulechek, et al., 2013), sono 3 diverse nomenclature standardizzate e codificate che permettono di descrivere le fasi del processo di assistenza infermieristica: diagnosi, risultati ed interventi infermieristici; ciascun elemento delle tre tassonomie ha un etichetta, una definizione, ed un codice; possono essere utilizzate separatamente o collegate, “*linked*” (Gordon, 1998), nonché adottate in tutti i setting infermieristici assistenziali (Johnson, 2014).

Inoltre, le evidenze internazionali sottolineano come l'utilizzo delle tassonomie NNN permetta di descrivere, indagare (Hahn, 2014; Lee et al., 2011; Schneider & Slowik, 2009; Shever et al., 2007; Solari-Twadell & Hackbarth, 2010; Thoroddsen et al., 2010; Zampieron et al., 2011) e comparare l'assistenza infermieristica (Lee et al., 2011; Shever et al., 2007; Thoroddsen et al., 2010); nonché identificare l'essenza della professione infermieristica (Solari-Twadell & Hackbarth, 2010), stimolare la riflessione critica dei professionisti in merito alla pratica clinica quotidiana (Schneider & Slowik, 2009; Zampieron et al., 2011) ed infine garantire la comprensione tra i diversi professionisti che lavorano in diverse organizzazioni ed in diverse nazioni (Lee et al., 2011). Infine, linea con queste considerazioni, un'interessante survey di Thedee Scwirian (2014) descrive come un elevato numero di infermieri considerino le SNTs utili nella pratica clinica.

Le tassonomie NNN sono utilizzate in diverse specialità cliniche (Lee et al., 2011; Schneider & Slowik, 2009; Shever et al., 2007; Thoroddsen et al., 2010) e descrivono come gli infermieri, nel documentare i bisogni di salute della persona, si focalizzano maggiormente sugli aspetti fisiologici piuttosto che su quelli psicologici, sociali e spirituali ( Lee et al., 2011; Shever et al., 2007; Zampieron e et al., 2011).

Moon (2011), nella sua dissertazione, evidenzia che le diagnosi infermieristiche enunciate dagli infermieri sono predittori significativi dei risultati per l'assistito (Halloran & Kiley, 1987; Halloran, Kiley, & England, 1988; Rosenthal et al., 1992; Rosenthal, et al., 1995; Welton & Halloran, 1999; Welton & Halloran, 2005) e descrivono la complessità dell'assistenza infermieristica erogata.

Muller-Staub nella revisione sistematica del 2006 descrive l'impatto delle diagnosi infermieristiche sulla qualità della documentazione infermieristica; la frequenza e la precisione delle diagnosi enunciate; e la coerenza tra diagnosi, risultati e interventi infermieristici.

Lo studio evidenzia che l'uso della diagnosi infermieristiche migliora la qualità della valutazione dell'assistito in 14 studi, mentre in 10 studi sono declinate le diagnosi infermieristiche comunemente utilizzate in setting di cura simili; infine, in 8 studi, sono identificati i *linkages NNN*. Ancora, alcuni studi hanno testato l'accuratezza della documentazione infermieristica, sottolineando come l'uso delle SNTs renda maggiormente sistematica la documentazione e riduca le ridondanze (D'Agostino et al., 2015; Paans et al., 2010d; Muller-Staub, 2009).

Park (2015) sottolinea che le diagnosi NANDA-I (*capturing key nursing diagnoses*) garantiscono la visibilità del decision making del professionista, nonché la continuità delle cure, la prevenzione degli errori e lo spreco di tempo; mentre uno studio osservazionale prospettico condotto in Italia, mette in luce la correlazione tra la prevalenza delle diagnosi NANDA-I e gli outcome organizzativi (lunghezza della degenza e mortalità) (D'Agostino et al., 2017).

Numerosi articoli dimostrano l'utilità dei **NOC** come strumento integrato per la misurazione della qualità all'interno di una documentazione strutturata; possono essere utilizzati dagli utenti stessi e dagli infermieri per registrare i risultati di salute e la soddisfazione della persona assistita (Moorhead et al., 2013).

Alcuni ricercatori (da Silva et al., 2015; Tseng & Moorhead, 2014; Azzolin et al., 2013; Park, 2013; Santos et al., 2010; Schneider, et al., 2008; Scherb, 2002; Scherb, et al., 2007 e 2011) hanno utilizzato i NOC per misurare i cambiamenti di salute degli assistiti dal ricovero alla dimissione; altri studi, invece, hanno descritto quali NIC sono stati attuati (Scherb et al., 2007; Tseng & Moorhead, 2014), quali si sono dimostrati efficaci (Azzolin et al., 2013; Park, 2013; Shever et al., 2008; Titler et al., 2008; Titler et al., 2007; Titler et al., 2006), e come i NIC influenzano i NOC (Schneider et al., 2008).

Per contro, alcuni autori sottolineano che nel valutare i risultati di salute degli assistiti, utilizzando i NOC, non sono state prese in considerazione altre variabili che influenzano il processo di salute dell'assistito, quali le cure mediche e la severità delle malattie (Scherb, 2002; Scherb et al., 2007). La letteratura, inoltre, evidenzia che i **NIC** sono più accuratamente documentati rispetto ai NOC (Ehrenberg & Birgersson, 2003; Müller-Staub et al., 2007; Törnvall, et al. 2009) e sottolinea che i **NIC** possono essere utilizzati in ambito organizzativo per valutare le risorse: il tempo necessario per effettuare gli interventi infermieristici, costi e carico di lavoro (; de Cordova et al., 2010; Shever et al., 2008; Reed et al., 2007; Iowa Intervention Project, 2001; Henry et al., 1997).

L'autore de Cordova (2010) ha creato un modello per predire il carico di lavoro utilizzando i NIC ed il metodo Delphi per stimare il tempo necessario per effettuare gli interventi infermieristici e definire il carico di lavoro nell'unità operativa di ortopedia, evidenziando, al tempo stesso, i limiti della ricerca correlati alla carenza dei dati nei record dell'assistito.

I NIC variano a seconda delle caratteristiche dei contesti sanitari o gruppi assistiti; di conseguenza, gli studi che indentificano gli interventi core di diverse specialità o gruppi di assistiti sono significativi perché i NIC identificati possono essere utilizzati per lo sviluppo di sistemi informativi, l'organizzazione del personale, certificazioni ed esami professionali, curriculum formativi e strutturare filoni di ricerca e teorie (Schneider & Slowik, 2009; Shever et al., 2007; Dochterman et al., 2005; Haugsdal & Scherb, 2003; O'Connor et al., 2000 e 2001; Cavendish et al., 1999; McCloskey et al., 1996 e 1998;).

Rispetto al **“The linkage of NANDA-I, NOC and NIC”** i ricercatori Dochterman & Jones (2003) affermano che *“quando NANDA - I, NOC e NIC sono utilizzati come un set completo di termini, l'insieme unificato delle tre terminologie contiene i componenti di base necessari per il processo d'assistenza infermieristico e tale collegamento può essere utilizzato in tutti i setting di cura”*.

Alcuni studi, utilizzando disegni sperimentali pre-post, hanno dimostrato, che qualità della documentazione infermieristica migliora significativamente con l'adozione delle tassonomie NNN (Müller-Staub et al., 2006b; Thoroddsen & Ehnfors, 2007).

Kautz e colleghi sottolineano che le tre terminologie infermieristiche standardizzate sono considerate come un vocabolario clinico per il ragionamento clinico (Kautz et al., 2009; Kautz et al., 2006); inoltre garantiscono un adeguato *framework* per lo sviluppo di linee guida per la pratica basate su evidenze scientifiche (Kautz & Van Horn, 2008).

Numerosi studi descrivono l'adozione delle NNN nella documentazione infermieristica in diversi setting di cura (Keenan et al., 2008; Lunney et al., 2004; Lunney, 2006; Parris et al., 1999; Rivera & Parris, 2002); altri evidenziano il successo dell'integrazione delle NNN nei sistemi informatici (Hendrix, 2009; Klehr et al. 2009; Keenan et al., 2003; Keenan, Falan, Heath, & Treder, 2003; Keenan, Stocker, Barkauskas, Treder, & Heath, 2003; Keenan, Yakel, Tschannen, & Mandeville, 2008; Keenan et al., 2008) ed in linea con questi aspetti risulta indispensabile un supporto educativo e formativo continuo (Lunney, 2006).



Ad oggi in letteratura sono disponibili alcune revisioni sistematiche in merito all'utilizzo delle SNTs (Muller-Staub et al 2006; Paans et al 2011; Saranto et al., 2014; Tastan et al, 2014, Sanson et al., 2017), ma non c'è una revisione che abbia analizzato nello specifico l'utilizzo delle tassonomie NNN, (NANDA-I, NOC e NIC) ed i collegamenti NNN, nei piani d'assistenza infermieristica dei diversi setting di cura.

### 3.2 Scopo ed obiettivi

Lo scopo della revisione è descrivere l'uso delle tassonomie infermieristiche NANDA-International, i risultati infermieristici NOC, gli interventi NIC e il loro utilizzo correlati fra loro come linkages NNN nelle diverse popolazioni di assistiti.

Le domande che sono state formulate?

1. Quali sono le principali diagnosi NANDA-I nelle diverse popolazioni di assistiti
2. Quali sono i principali risultati di salute NOC nelle diverse popolazioni di assistiti
3. Qual sono i principali interventi infermieristici NIC nelle diverse popolazioni di assistiti
4. Quali sono i principali collegamenti NNN

L'obiettivo principale è identificare le diagnosi NANDA-I, NOC e NIC (NNN), i linkages NNN più utilizzati nei differenti setting di cura e per quali specifiche popolazioni di assistiti.

L'obiettivo secondario è descrivere i risultati in termini di miglioramento dei risultati di salute NOC della persona assistita.

### 3.3 Materiali e metodi

La revisione della letteratura è stata condotta in accordo con le *Linee Guida* del *Center for Review and Dissemination* (2009) e si sviluppa includendo i componenti del **PICOS** (popolazione, interventi, outcomes e disegno degli studi), vedi Tabella IV.

<b>Popolazione</b>	Assistiti in qualunque situazione clinica/setting di cura
<b>Interventi</b>	Utilizzo delle SNTs NANDA-I, NOC, NIC (NNN)
<b>Confronto</b>	Usual scientific language
<b>Outcomes</b>	Risultati di salute per la persona assistita
<b>Studi</b>	(RCTs), trial clinici controllati e studi osservazionali

Tabella IV. PICOS della ricerca

### **3.3.1 Criteri di eleggibilità**

#### ***Tipologie di assistiti***

Sono stati inclusi gli studi che hanno arruolato persone di qualunque età e genere, in qualunque situazione clinica o setting assistenziale; sono stati esclusi gli studi che non specificavano le caratteristiche degli assistiti.

#### ***Tipi di studi***

Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCTs), trial clinici controllati e studi osservazionali. Sono stati esclusi gli studi qualitativi, case study e revisioni.

#### ***Tipologie di interventi***

Gli studi inclusi descrivono l'utilizzo delle tassonomie NNN; devono essere presenti tutte e tre le terminologie; i risultati NOC e gli interventi NIC devono essere correlati alle diagnosi NANDA-I descritte; gli indicatori NOC devono essere correlati agli interventi NIC. Sono esclusi gli studi che non utilizzano in correlazione NANDA-I NOC e NIC e quelli che non completano la descrizione degli interventi NIC.

#### ***Tipi di outcomes***

Gli studi inclusi devono descrivere i risultati per la persona assistita in termini di miglioramento dello stato di salute, sicurezza della persona, qualità assistenziale. Devono essere rilevati con gli indicatori NOC in termini di pre e post intervento NIC. Possono essere presenti anche altri risultati di salute non codificati come NOC. Sono stati esclusi gli studi che non descrivevano le modalità di misurazione degli outcomes o non erano presenti gli indicatori NOC.

### **3.3.2 Strategie di ricerca**

Prima di iniziare la ricerca di letteratura di fonti primarie, è stata condotta una ricerca di revisioni (fonti secondarie) inerenti l'argomento su Cochrane Review, MEDLINE e Joanna Briggs per identificarle, se presenti e per affinare i termini di ricerca, ma non sono state identificate revisioni esaustive e che escludessero la necessità di ulteriori studi. Sono stati ricercati gli studi eleggibili su MEDLINE, Cochrane Review e Cochrane Central Register of Controlled Trials, Proquest, CINAHL, PsycINFO, da Gennaio 2004 a Marzo 2015, includendo pubblicazioni riviste da pari e tesi di dottorato, in lingua inglese. Prima dell'ultima stesura della revisione è stata condotta un'ulteriore ricerca di studi eleggibili fino al 31 agosto 2017 ed è stato incluso uno studio pubblicato

a luglio del 2017 (de Cassia Gengo e Silva et al., 2017). Sono state condotte diverse ricerche per perfezionare i termini di ricerca e decidere quali termini utilizzano i vari database; sono state utilizzate specifiche strategie di ricerca per ogni data base, con i seguenti termini: *nursing diagnosis NANDA-I, nursing outcome, nursing interventions*.

I termini includevano sinonimi e i termini specifici delle diverse banche dati e sono stati combinati come MESH and TEXT WORD in MEDLINE (Tabella V), come termini liberi nella Cochrane Library, come termini del Thesaurus per PsycINFO e Headings per CINAHL e come termini liberi per entrambe le banche dati. Per prima è stata utilizzata MEDLINE; in Cinahl e PsycINFO sono state utilizzate più stringhe di ricerca con l'esclusione degli articoli presenti in MEDLINE.

La strategia di ricerca è stata la più ampia possibile per identificare tutti i possibili studi eleggibili e successivamente è stata affinata in base ai criteri di inclusione e di esclusione. Sono state considerati anche i riferimenti bibliografici degli articoli eleggibili per recuperare altri studi pertinenti per la revisione.

- 1 # nursing diagnosis
- 2.# NANDA
- 3.# 1 OR 2
- 4.# NOC
- 5# nursing outcomes
6. 4 OR 5
7. nursing intervention
8. NIC
9. 7 OR 8
10. 3 and 6 and 9
11. NNN
12. taxonomy
13. standardized language
14. terminology
15. 10 OR 11 OR 12 OR 13
- 16.10 OR 15
17. Evaluation Studies
18. Validation Studies
19. Clinical Trial
20. Multicenter Study
21. Observational Study
22. Controlled Clinical Trial
23. Randomized Controlled Trial
24. Pragmatic Clinical Trial
25. 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26
26. Humans
27. English
38. 16 and 27 and 28 and 29.

**Tabella V. Sintesi della strategia di ricerca usata in MEDLINE**

### 3.3.3 Selezione degli studi

La selezione degli studi per l'inclusione nella review è stata svolta in due tempi:

**Un primo iniziale screening di titolo e abstract**, in accordo ai criteri di inclusione/esclusione relativi a popolazione, interventi e disegno dello studio per identificare i possibili studi rilevanti ed eliminare gli studi non pertinenti, utilizzando una tabella ad hoc. Gli studi sono stati inclusi, non inclusi, o non valutabili ai fini dell'inclusione (yes rientra; no, non rientra; U non valutabile).

Gli studi non valutabili sono stati inclusi nella seconda fase per essere valutati in base al full text. La mancanza di un solo criterio ha determinato l'esclusione dello studio.

**Un secondo screening del full text** degli studi inclusi, in accordo ai criteri di inclusione/esclusione relativi a popolazione, interventi, outcome e disegno degli studi, per identificare i possibili studi rilevanti utilizzando un form strutturato ad hoc; gli studi sono stati inclusi/ non inclusi.

In entrambe le fasi, gli studi sono stati valutati in modo indipendente da due ricercatori (CS e PDG), e alcune discordanze fra i due ricercatori sono state risolte con l'intervento di un terzo ricercatore (LR). I diversi articoli che replicavano uno studio o parte di esso i dati sono stati considerati parti di un unico studio e conteggiato come unico studio.

### 3.3.4 Estrazione dei dati

I dati sono stati estratti e analizzati in modo indipendente da due ricercatori (CS, PDG) in base ai criteri di inclusione/esclusione utilizzando un modulo di registrazione ed estrazione dei dati strutturato ad hoc; qualsiasi disaccordo irrisolto tra i due ricercatori è stato risolto con l'intervento di un terzo ricercatore (LR).

Il modulo di estrazione dei dati includeva le seguenti voci:

- **Informazioni generali:** numero di identificazione, autore, titolo dell'articolo, citazione, fonte di finanziamento, contatto, paese, lingua, tipo di pubblicazione, anno di pubblicazione e sponsorizzazione dello studio.
- **Caratteristiche dello studio:** obiettivi, disegno dello studio (inclusione / criteri di esclusione), procedura di reclutamento utilizzata, randomizzazione (se effettuata), dimensione del campione.
- **Caratteristiche dei partecipanti:** età, genere, istruzione, stato civile, stato socioeconomico, comorbilità, caratteristiche psicosociali, sostegno sociale e altre caratteristiche di interesse descritte dagli autori degli studi.
- **Setting:** i diversi setting clinici e assistenziali.

- **Interventi:** l'uso delle tassonomie NNN e dei linkages NANDA-I, NOC e NIC.
- **Risultati:** i risultati della salute di tutti i partecipanti, in particolare: il miglioramento dello stato di salute, la qualità e la sicurezza. I risultati dell'assistenza infermieristica (NOC) sono stati considerati prima e dopo gli interventi infermieristici (NIC) e come unità di misura i valori della scala Linkert degli indicatori NOC.

### 3.3.5 Valutazione della qualità

La qualità metodologica di ciascun studio è stata valutata in modo indipendente dai due ricercatori (CS, PDG) utilizzando i criteri GRADE (GRADE working group, 2017) (Figura 4).

Criteri per l'aumento (upgrading) o la diminuzione (downgrading) del giudizio di qualità (alta, moderata, bassa, molto bassa) delle prove

Qualità delle prove	Disegno di studio	Diminuire la categoria di attribuzione se:	Aumentare la categoria di attribuzione se:
ALTA	Studio randomizzato	<b>Qualità dello studio:</b> - 1 Limiti gravi - 2 Limiti molto gravi	<b>Associazione intervento-outcome:</b> + 1 Associazione forte (se RR* >2 o RRR* 50% sulla base di prove concordanti da due o più studi osservazionali, senza alcun fattore di confondimento plausibile) + 2 Associazione molto forte (RRR* 80% o RR* 5-10)
MODERATA		<b>Coerenza (Consistency):</b> - 1 Incoerenza dei risultati di studi diversi sullo stesso quesito - 2 Grave incoerenza dei risultati di studi diversi sullo stesso quesito	+ 1 Evidenza di <b>gradiente dose-risposta</b>
BASSA	Studio osservazionale	<b>Trasferibilità diretta dei risultati (directness):</b> - 1 Alcune incertezze - 2 Importanti incertezze	+ 1 Tutti i possibili <b>fattori di confondimento e bias</b> avrebbero ridotto l'effetto osservato (o avrebbero suggerito un effetto spurio se non si fosse osservato alcun effetto)
MOLTO BASSA		<b>Imprecisione o dati insufficienti</b> (sparse data) - 1 Grave imprecisione - 2 Molto grave imprecisione <b>Pubblicazione selettiva dei dati (Publication and reporting bias):</b> - 1 Fortemente sospettabile - 2 Molto fortemente sospettabile	

\* RR = Risk ratio; RRR = Riduzione del rischio relativo

Figura 4. Qualità metodologica degli studi: criteri di qualità utilizzando il metodo GRADE  
[www.epicentro.iss.it/igea/appuntamenti/pdf/VI/Nonino.pdf](http://www.epicentro.iss.it/igea/appuntamenti/pdf/VI/Nonino.pdf) · PDF file

Il grading della qualità delle evidenze degli studi inclusi nella revisione è riportato in sintesi nella Tabella VI, dove si evidenzia che tutti gli studi hanno una bassa qualità ed è descritto in maniera esaustiva nei risultati.

N°	Autore principale ed anno dello studio	GRADE
1	Azzolin, et al., 2013	BASSA
2	Escalada-Hernández et al., 2014	BASSA
3	Head, et al., 2011	BASSA
4	Lunney, 2006	BASSA
5	Noh, & Lee, 2015	BASSA
6	Park, 2013	BASSA
7	Park, 2014	BASSA
8	Scherb et al., 2011	BASSA
9	de Cassia Gengo e Silva et al., 2017	BASSA

Tabella VI. Sintesi della qualità delle evidenze degli studi

### 3.4 Sintesi dei risultati

Sono stati identificati **170** potenziali studi ed esclusi nella prima fase 23 duplicati e 29 non in lingua inglese.

Dei **118** rimanenti il primo screening in base al titolo e all'abstract ne ha escluso 100. Dei **18** full text valutati, sono stati inclusi **7 studi** che rispondevano a tutti i criteri di inclusione; inoltre, è stato incluso **1** studio identificato idoneo dalle references, per un totale di **8 studi**.

Il processo di selezione degli studi inclusi (Liberati, 2009) è descritto nel *PRISMA flow diagram* nella Figura 5.

A settembre 2017, nella fase finale della stesura della revisione è stato reperito ed incluso un **9 studio** pubblicato in luglio ed inerente allo scopo dello revisione stessa.

Gli studi inclusi sono stati pubblicati fra il 2006 e luglio 2017; 5 studi sono stati condotti negli Stati Uniti d' America (Head, et al.2011; Lunney, 2006; Park, 2013; Park, 2014; Scherb et al., 2011) e gli altri 4, rispettivamente, in Brasile (Azzolin et al., 2013; de Cassia Gengo e Silva et al., 2017), in Corea (Noh & Lee, 2015) ed in Spagna (Escalada-Hernández et al., 2014).

La sintesi degli studi inclusi nella revisione è declinata nella Tabella VII, nella quale sono descritte le caratteristiche fondamentali degli studi inclusi ed i principali risultati.

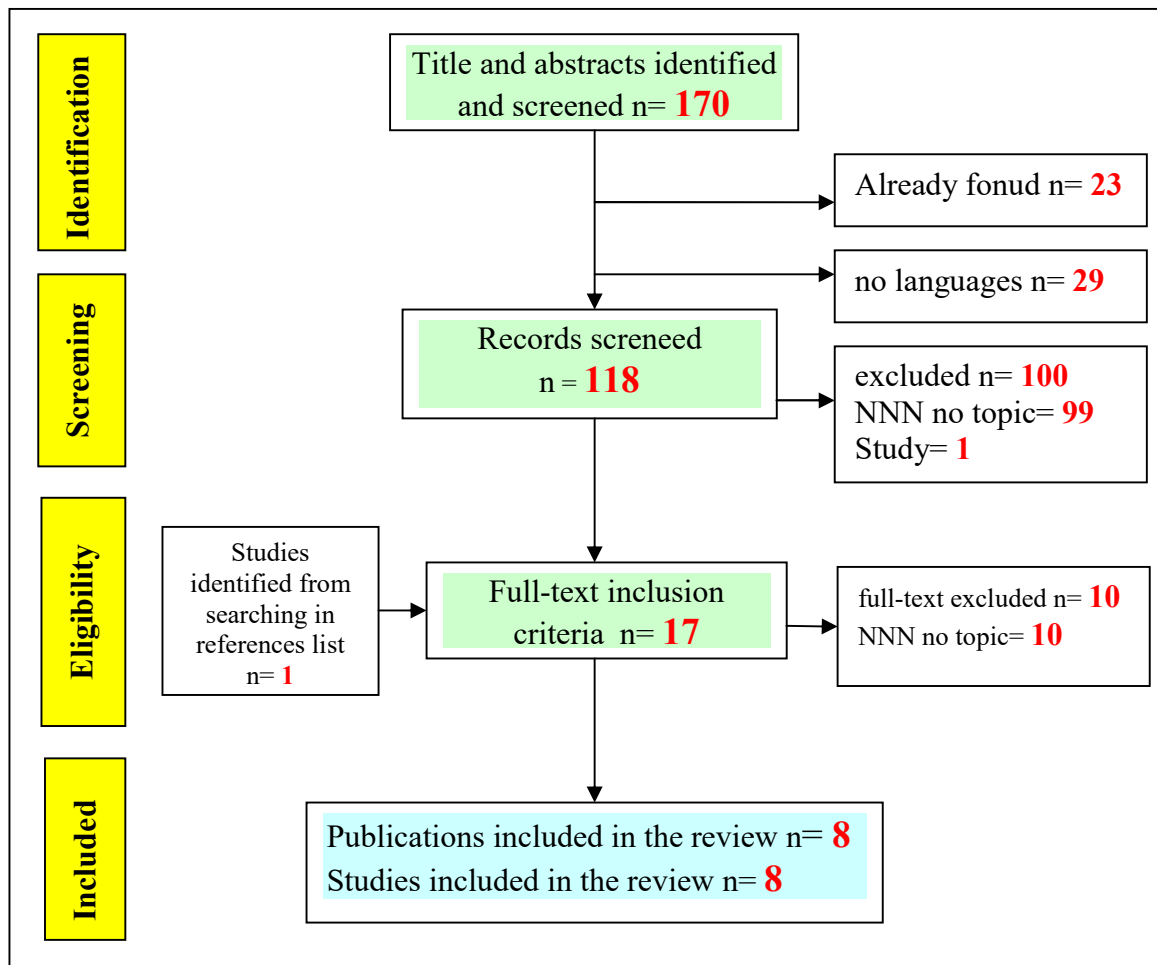


Figura 5. Diagramma degli studi selezionati

Metodologicamente tutti gli studi inclusi con disegno descrittivo e/o retrospettivo (Escalada-Hernández et al., 2014; Head et al 2011; Lunney 2006; Park, 2013 e 2014; Noh, & Lee 2015; Scherb et al 2011 e Silva et al., 2017) presentano **diversi rischi di bias**. In alcuni studi non sono descritte le modalità di reclutamento dei partecipanti (Park, 2013; Lunney, 2006) o il campione è di convenienza (Noh& Lee, 2015), mentre 3 studi includono tutta la popolazione presente nel periodo di studio (Head et al., 2011; Scherb et al., 2011 e de Cassia Gengo e Silva et al., 2017). L'unico studio longitudinale di Azzolin et al. (2013) presenta rischi di bias correlati alla ridotta numerosità del campione, del quale non sono dichiarate le modalità di reclutamento ed alla mancanza di un gruppo di controllo. Ulteriore criticità individuata in tutti gli studi è legata alla variabilità individuale dei professionisti nel formulare le diagnosi NANDA-I, i NOC ed i NIC e nel declinare i collegamenti NNN.

La replicabilità, invece, degli studi è possibile e la gran parte degli interventi infermieristici NIC è descritta in modo esaustivo.

### 3.5 Discussione

La letteratura evidenzia che il grado di conoscenza e confidenza nell'utilizzare le tassonomie influenza la determinazione della definizione del problema di salute, la definizione del risultato atteso e degli interventi infermieristici da mettere in atto, nonché la misurazione dei risultati in modo adeguato (Paans, 2011).

Inoltre, è presente, sia negli studi considerati, sia in letteratura, una variabilità nell'utilizzo delle NNN per specifiche popolazioni (Head, 2011 e Scherb, 2011) che può essere attribuita alle caratteristiche degli assistiti, setting, complessità clinica, ma anche alle caratteristiche degli infermieri che utilizzano le SNTs nel documentare il processo di assistenza infermieristico (Lunney, 2006).

#### *Diagnosi NANDA-I esplorate*

Le principali diagnosi infermieristiche NANDA-I enunciate negli studi considerati sono correlate alla condizione clinica dell'assistito.

Nello specifico negli articoli di Azzolin et al. (2013), Park (2013 e 2014) e Scherb et al. (2011), le DI sono collegate principalmente ai problemi di insufficienza cardiaca ed all'inefficace gestione del regime terapeutico [*Rischio di volume di liquidi squilibrato (00025)*; *Gittata cardiaca ridotta (00029)*; *Conoscenza insufficiente (00126)*; *Inefficace Autogestione della salute (00078)*; *Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute (00162)*].

Nello studio di Escalada-Hernández et al. (2014), le NANDA-I, i NOC ed i NIC più frequenti per l'assistito con disagi psichiatrici sono correlate a bisogni legati sia alla cura di sé, [*Deficit nella cura di sé: alimentarsi (00102)*; *Deficit nella cura di sé: bagno (00108)* e *Deficit nella cura di sé: vestirsi (00109)*], sia a problemi di *Interazioni sociali interrotte (00052)*, *Comunicazione verbale compromessa (00051)* ed *Ansia (00146)*.

Nello studio di Head (2011), le DI sono collegate principalmente ai problemi correlati alla polmonite [*Scambi gassosi compromessi (00030)*, *Temperatura corporea squilibrata (00005)*, *Disponibilità a migliorare la gestione della salute (00162)*, *Mantenimento della salute inefficace (00099)* e *Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace (00228)*].

Nello studio di Lunney (2006), invece, la maggior parte delle DI NANDA-I, dei NOC e dei NIC individuati dagli infermieri erano focalizzati sulla promozione o tutela della salute.



La DI principale era *Conoscenza insufficiente* (00126), i NOC principali erano *Conoscenze: comportamento relativo alla salute* (1805) e *Sicurezza del comportamento professionale* (1911); mentre i NIC principali erano *Ascolto attivo* (4920), *Counseling* (5240), *Gestione dell'umore* (5330) e *Contratto con l'assistito* (4420).

Infine negli studi di Noh & Lee (2015) e de Cassia Gengo e Silva et al. (2017), effettuati in ambito medico e chirurgico, le DI più frequenti in comune ad entrambi erano *Dolore acuto* (00132) ed *Integrità cutanea compromessa* (00046); mentre specifiche per il primo studio erano: *Ipertermia* (00007), *Stipsi* (00011), *Conoscenza insufficiente* (00126) e per il secondo *Perfusione tissutale inefficace* (00024) [ad oggi la diagnosi è stata ritirata dalla tassonomia], *Rischio di cadute* (00155) ed *Ansia* (00146).

La DI NANDA-I *Dolore acuto* (000132) è la DI più frequente individuata da Head (2011) e fra le più frequenti identificate da Noh (2015), da Park (2013 e 2014) e da Silva (2017); risultato simile ad altri studi sviluppati in altri setting assistenziali a prescindere dalla situazione clinica dell'assistito (Kim, 2005b; Ko, 2008; Lee, 2005; Kim, 2010; O'Connor et al., 2000), probabilmente perché il problema del dolore e della gestione è percepito dagli infermieri come uno dei principali problemi di salute da risolvere in tempi brevi e fondamentale per il comfort dell' assistito (Noh, 2015).

Per la DI NANDA-I *Dolore acuto* (000132), i NOC più frequentemente utilizzati negli studi inclusi nella revisione sono stati *Controllo del dolore* (1605) e *Livello di dolore* (2102), mentre per i NIC *Gestione del dolore* (1400) (Noh, 2015).

### ***Risultati NOC ed interventi NIC esplorati***

La revisione mette in luce che 3 studi, sulla base delle Diagnosi Infermieristiche NANDA-I enunciate, avevano lo scopo di valutare l'efficacia degli interventi infermieristici NIC usando i risultati NOC, per assistiti con insufficienza cardiaca nell'assistenza infermieristica domiciliare (Azzolin et al., 2013); per persone ricoverate in setting medico-chirurgici (Noh & Lee, 2015) e per anziani ospedalizzati con insufficienza cardiaca Park, (2013). La valutazione dei NOC selezionati e misurati nei diversi studi ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo del risultato di salute ( $p < .001$ ).

In merito agli interventi NIC, gli studi individuano quali sono i NIC più frequentemente utilizzati dagli infermieri per una popolazione specifica di assistiti; l'autore Park (2014) sottolinea che, scegliere e standardizzare gli interventi da inserire nei piani d'assistenza infermieristici standard, permette di determinare i costi dei servizi e

pianificare l'allocazione delle risorse, nonché definire quale tipologia di interventi sono considerati efficaci ed utili dagli infermieri per la presa in cura di un determinato gruppo di assistiti.

Gli studi sottolineano la necessità di sviluppare ulteriori ricerche, oltre che sui NIC più frequentemente utilizzati e sulla loro efficacia (Scherb et al., 2011), su altri elementi correlati alla complessità della condizione clinica dell'assistito (quale ad es., come indicato da Park nello studio del 2013, durata media della degenza, categorizzazione degli assistiti per classi di HF, modalità con la quale ogni classe si correla con l'intensità degli interventi infermieristici), e su come le NNN si correlano alle diagnosi mediche.

### ***Collegamenti NNN identificati***

Numerose ricerche evidenziano l'interesse di identificare l'utilizzo dei collegamenti delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC nella pratica clinica (Azzolin et al., 2012 e Moon, 2011) e di effettuare ulteriori studi per individuare/selezionare e validare le NNN "core" per popolazioni specifiche e facilitare/orientare la pratica clinica (Park 2014). Rispetto l'analisi delle frequenze di NNN, i dati degli studi evidenziano che l'attenzione ai collegamenti NNN offre l'opportunità per gli infermieri dirigenti/direttori e clinici di valutare la pratica clinica, le risorse necessarie per sostenere la pratica, le procedure di documentazione e per migliorare ed affinare i sistemi informatici (Head, 2011).

La revisione presenta diversi limiti. Sono stati inclusi solo studi in lingua inglese, i quali, inoltre, presentano un basso livello di qualità, oltre all'alto grado di eterogeneità, in termini di disegno di studio, setting assistenziali, caratteristiche del campione ed obiettivi dichiarati. Tale eterogeneità non ha permesso di effettuare delle procedure statistiche per aggregare i dati degli studi inclusi.

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
1.	Azzolin, et al. 2013	Valutare l'efficacia dei NIC usando i risultati NOC, sulla base delle DI NANDA-I enunciate per assistiti con insufficienza cardiaca nell'assistenza domiciliare	Studio longitudinale 23 assistiti con insufficienza cardiaca. 4 visite a domicilio di follow-up in 6 mesi	<p>Lo studio ha incluso <b>23</b> assistiti con scompenso cardiaco seguiti a casa dal servizio delle cure domiciliari, prevalentemente maschi (15; 65%) con una media di 63 anni (<math>\pm 11</math>); il 30% del campione coinvolto era stato ospedalizzato più di una volta nell'anno precedente allo studio. Dalle rilevazioni effettuate durante le 4 visite domiciliari, sono stati identificati <b>6 DI NANDA-I, 8 NOC e 11 NIC</b>.</p> <p><b>La DI più frequente</b> alla visita n.1 era <i>Inefficace Autogestione della salute (00078)</i> con una percentuale del 60.9%; mentre nelle tre visite successive era <i>Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute (00162)</i> con il 65.2%, 57.1% e 55%; mentre la DI prevalente, considerando tutti gli assistiti e tutte le visite, era <i>Rischio di volume di liquidi squilibrato (00025)</i> (vis. n.°1=56.5%; vis. n.°2=52.2%; vis. n.°3=61.9%; vis. n.°4=75%).</p> <p>La valutazione dello <b>score degli 8 NOC</b>, selezionati e misurati durante le 4 visite, ha evidenziato un <b>miglioramento statisticamente significativo</b> del risultato di salute (<math>p &lt; .001</math>) per tutte le comparazioni. Degli 11 NIC attuati in tutte le visite, in linea con il protocollo stabilito a priori, <b>8 NIC hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo</b>, confrontando i punteggi medi ottenuti nei NOC nelle visite n.° 1 e n.° 4: <i>Assistenza nella modifica di sé (4470)</i>, <i>Sostegno nella modifica del comportamento (4360)</i>, <i>Educazione alla salute (5510)</i>, <i>Insegnamento: farmaci prescritti (5616)</i>, <i>insegnamento: processo patologico (5602)</i>, <i>Counseling nutrizionale (5246)</i>, <i>Consulenza telefonica (8180)</i> e <i>Gestione dell'energia (0180)</i>.</p> <p>Un possibile limiti dello studio è l'assenza di un gruppo di controllo per massimizzare l'impatto dei risultati.</p>
2.	Escalada-Hernández et al. 2014	Descrivere le DI NANDA-I più frequenti, i NOC ed i NIC in relazione a disordini psichiatrici	Studio multicentrico descrittivo retrospettivo 690 assistiti con disordini psichiatrici	<p>Il campione dello studio era di <b>690</b> assistiti in comunità psichiatriche; 434 donne (62.90%) e 256 maschi (37.10%), con un età media di 67.9 <math>\pm 16.8</math> (range tra 19-101); le diagnosi psichiatriche di ciascun assistito sono state classificate in linea con l'<i>ICD-10</i>. Sono stati identificati <b>3681 DI, 4685 NOC e 13396 NIC</b> con una media di 5.3 DI NANDA-I, 6.8 NOC e 194 NIC, principalmente correlati ad aspetti psicosociali, deficit dell'autocura e della gestione del regime terapeutico; inoltre, sono stati evidenziati una potenziale relazione tra il numero delle DI e quelle mediche, l'età, il genere ed il grado di severità dei problemi di salute mentale, valutati con la scala HoNOS.</p> <p>La media dello score di HoNOS, considerando il campione nel suo complesso, è stata del 13.24 <math>\pm 5.97</math>, la correlazione del <i>test di Pearson</i> (<math>r = 0.22</math>) era statisticamente significativa (<math>p &lt; 0.05</math>) ed indicava una moderata positiva linearità di relazione tra lo score di HONOS ed il numero di DI.</p> <p>Nello specifico, nel <b>I° gruppo</b> di assistiti (schizofrenia e disordini tipici da schizofrenia e delirio), le principali DI NANDA-I ed i principali NOC e NIC descrivono bisogni legati alla cura di sé, <i>Deficit nella cura di sé: bagno (00108)</i> (n=207; 57,18%), ma soprattutto dei <i>Disturbi dei processi di pensiero [(00130), ad oggi ritirata dalla tassonomia]</i> (n=174; 48,07%), <i>Interazioni sociali compromesse (00052)</i> (n=139; 38,40%), <i>Comunicazione verbale compromessa (00051)</i> (n= 108; 29,83%) e <i>Gestione della salute inefficace (00078)</i> (n= 108; 29,83%).</p> <p>Nel <b>II°</b> (disordini mentali organici), <b>III° gruppo</b> (ritardo mentale) e <b>IV° gruppo</b> (disordini affettivi bi-polari), le NANDA-I, i NOC ed i NIC sono correlati principalmente a deficit della cura di sé [<i>Deficit nella cura di sé: alimentarsi (00102)</i>; <i>Deficit nella cura di sé: bagno (00108)</i>; <i>Deficit nella cura di sé: vestirsi (00109)</i>] e <i>Stipsi (00011)</i>.</p> <p>Nel <b>V° gruppo</b> (depressione ed altri disordini affettivi) e nell'<b>VIII° gruppo</b> (disordini nevrotici, correlati allo stress e somatoformi) , le NANDA-I, i NOC ed i NIC sono in parte correlate a bisogni legati alla cura di sé, <i>Deficit nella cura di sé: bagno (00108)</i> e <i>Deficit nella cura di sé: vestirsi (00109)</i>; in parte a problemi di <i>Ansia (00146)</i>.</p>

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
				<p>Nel <b>VI° gruppo</b> (disordini dell'adulto di personalità e di comportamento) e nell'<b>VII° gruppo</b> (disordini mentali e di comportamento, correlati ad uso di sostanze psicoattive), le NANDA-I, i NOC ed i NIC più frequenti sono correlate a bisogni legati alla cura di sé, <i>Deficit nella cura di sé: bagno</i> (00108) e <i>Deficit nella cura di sé: vestirsi</i> (00109); in parte a problemi di <i>Interazioni sociali interrotte</i> (00052).</p> <p>I limiti dello studio sono collegati al disegno dello studio (retrospettivo da record e non dall'osservazione diretta nella pratica clinica) con conseguente documentazione della "care" e non "delivery care" ed alla divisione del campione per gruppi di diagnosi mediche psichiatriche in quanto gli assistiti correlati alle minor prevalenti patologie psichiatriche sono veramente pochi.</p>
3.	Head, et al. 2011	<p>Determinare la frequenza di NANDA-I, NOC e NIC, per persone anziane ricoverate con polmonite; nonché valutare la qualità e le limitazioni dei dati per ulteriori ricerche sull'efficacia degli interventi infermieristici</p>	<p>Studio retrospettivo 451 assistiti dimessi da tre ospedali di comunità con diagnosi medica di polmonite</p>	<p>Lo studio ha considerato <b>451</b> assistiti ricoverati con diagnosi di polmonite in tre diversi ospedali di comunità (A=65; B=67; C=319) di cui il 53% pari a 238 erano maschi (A=30; B=36; C=172); il range di età dei partecipanti era 60-89 e quello del LOS (lunghezza di degenza) era 1-41 giorni con una degenza media di A=4.3 (SD=2.2), B=6.3 (SD=3.8) e C=5.5 (SD=3.8). Sono state prese in considerazione le <b>10 DI NANDA-I</b> più frequenti per gli assistiti con polmonite in 3 ospedali di comunità e di queste, <b>5 sono</b> risultate le più frequenti in tutte e tre le strutture: <i>Scambi gassosi compromessi</i> (00030), <i>Temperatura corporea squilibrata</i> (00005), <i>Disponibilità a migliorare la gestione della salute</i> (00162), <i>Mantenimento della salute inefficace</i> (00099) e <i>Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace</i> (00228). Rispetto i <b>NOC, 4</b> sono stati individuati come i più frequenti in tutte e tre gli ospedali: <i>Comportamento di prevenzione delle cadute</i> (1909), <i>Conoscenze: gestione della malattia</i> (1844), <i>Stato respiratorio: scambi gassosi</i> (0402) e <i>Stato respiratorio: ventilazione</i> (0403).</p> <p>I <b>NIC</b> più frequenti erano veramente differenti tra i tre ospedali, l'unico in comune era <i>Gestione del dolore</i> (1400).</p> <p>I risultati dello studio evidenziavano un'ampia variabilità delle diagnosi infermieristiche, risultati e interventi tra i tre diversi ospedali, da correlarsi alla differente prevalenza di comorbilità, caratteristiche degli assistiti ricoverati nei diversi presidi, variazioni geografiche.</p> <p>Le NNN più frequentemente selezionate dagli infermieri sono quelle indicate in letteratura per la formulazione di un piano d'assistenza infermieristico standard per persone con polmonite; nello specifico, con un'attenzione rispetto l'enunciazione delle DI, per il dominio 2. Nutrizione, il dominio 3. Eliminazione e Scambi e il dominio 11. Sicurezza/Protezione. In merito ai NOC, i risultati più frequentemente scelti sono correlati allo stato respiratorio, alla sicurezza, alla nutrizione e al controllo del dolore.</p> <p>Infine i NIC selezionati più frequentemente, supportati dalle evidenze scientifiche, sono il monitoraggio respiratorio, la gestione del dolore e delle vie aeree, nonché l'insegnamento individuale.</p> <p>Inoltre, dallo studio si osservava un'attenzione per le condizioni fisiche e cliniche degli assistiti, meno per gli aspetti psico-sociali; infine, nella documentazione non sono descritti i collegamenti NANDA-I, NOC e NIC.</p> <p>I limiti principali dello studio sono l'impossibilità del sistema informatico di estrapolare i collegamenti NNN e una limitazione nella qualità e accuratezza della documentazione.</p>

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
4.	Lunney, 2006	Descrivere le diagnosi NANDA, gli interventi NIC e i risultati NOC utilizzati con i bambini delle scuole elementari	Analisi Secondaria di dati di uno studio quasi sperimentale 6 nurse scolastiche 104 bambini. 766 contatti	<p>Lunney è l'unico autore che ha proposto uno studio che includeva <b>103</b> bambini frequentanti la 4 e la 5 di 6 scuole elementari con caratteristiche demografiche simili. La maggior parte delle DI NANDA-I, dei NOC e dei NIC individuati dalle 6 infermiere erano focalizzati sulla promozione o tutela della salute.</p> <p>In particolare, il numero di diagnosi di promozione della salute utilizzate sono state 44 sulle 150 possibili (9.3%), i NOC 33 su 190 (17.3%) ed i NIC 93 su 433 possibili (21.4%).</p> <p>La DI principale era <i>Conoscenza insufficiente (00126)</i> n=270; i NOC principali erano <i>Conoscenze: comportamento relativo alla salute (1805)</i> n=81 e <i>Sicurezza del comportamento professionale (1911)</i> n=81; mentre i NIC principali erano <i>Ascolto attivo (4920)</i> n=255, <i>Counseling (5240)</i> n=134, <i>Gestione dell'umore (5330)</i> n=122 e <i>Contratto con l'assistito (4420)</i> n=116.</p> <p>Dai risultati si è evidenziato che i 6 infermieri differivano fra di loro nel numero di NANDA-I, NOC e NIC usati e che l'accuratezza nel formulare le DI NANDA-I era correlata alla familiarità che i professionisti diagnostici avevano con i bambini di cui si prendevano cura. Infine dalla documentazione si evidenziava che la classificazione NOC era utilizzata in maniera incompleta; infatti gli infermieri hanno dimostrato una difficoltà nell'uso della classificazione NOC e delle scale dei NOC, con conseguente utilizzo parziale del valore degli score ed una mancata valutazione dell'efficacia degli interventi NIC.</p> <p>I limiti dello studio sono il campione di convenienza, al mancanza di un gruppo di controllo e l'impossibilità di reperire il full text dello studio originale.</p>

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
5.	Noh, & Lee, 2015	Identificare i collegamenti NANDA -I , NOC e NIC ( NNN ) usati da studenti infermieri coreani durante la loro pratica clinica in medico-chirurgica determinare il livello di cambiamenti che si sono verificati nei risultati NOC selezionati durante la pratica clinica in setting di cure medico- chirurgiche	Studio descrittivo comparativo Campione di convenienza 153 studenti di due scuole di nursing 553 assistiti 3 ospedali universitari e 3 generali 2 settimane	<p>Lo studio di <b>Noh &amp; Lee</b> (2014) ha incluso 187 assistiti dei quali, il 56,5% con età superiore a 60 anni. A differenza degli altri studenti i piani di assistenza sono stati sviluppati da studenti infermieri, impegnati nell'esperienza di tirocinio clinico in area medico-chirurgica; di questi non è stato indicato né età, né anno di corso, anche se è stato specificato che erano iscritti a due diverse scuole, erano omogenei per età, genere, razza e grado di formazione. Le <b>5 diagnosi NANDA-I</b> più frequenti rappresentavano il 36% delle DI totali enunciate: <i>Dolore acuto (00132), Ipertermia (00007), Stipsi (00011), Conoscenza insufficiente (00126) ed Integrità cutanea compromessa (00046)</i>.</p> <p><b>I 6 NOC</b> più frequenti rappresentavano il 40,1% di tutti i NOC utilizzati: <i>Controllo del dolore (1605), Livello di dolore (2102), Parametri vitali (0802), Integrità tissutale: cute e mucose (1101), ed Eliminazione intestinale (0501)</i>. Infine, i <b>5 NIC</b> più frequentemente selezionati costituivano il 35,3% di tutti i NIC utilizzato: <i>Gestione del dolore (1400), Monitoraggio dei parametri vitali (6680), Posizionamento (8040), Sostegno emozionale (5270) e Terapia di rilassamento (6040)</i>.</p> <p>Tutti i NOC selezionati per la DI <i>Dolore acuto (00132)</i> hanno mostrato un miglioramento significativo dopo gli interventi; come i due NOC <i>Termoregolazione (0800)</i> e <i>Parametri vitali (0802)</i> selezionati per la DI <i>Ipertermia (00007)</i>, ed il NOC <i>Eliminazione intestinale (0501)</i> individuato per la diagnosi <i>Stipsi (00011)</i>. Di contro, i NOC <i>Conoscenze: procedure terapeutiche (1814)</i> correlato alla DI <i>Conoscenza insufficiente (00126)</i> e <i>Integrità tissutale: cute e mucose (1101)</i> per la DI <i>Integrità cutanea compromessa (00046)</i> non hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo.</p> <p>Il limite principale dello studio è il campione di convenienza ed il periodo breve dedicato alla raccolta dati; tuttavia lo studio rappresenta il primo trial per analizzare come gli studenti infermieri utilizzano la documentazione infermieristica informatizzata strutturata con il processo di assistenza infermieristica (PAI) e le tassonomie NNN.</p>
6.	Park, 2013	Determinare se esiste una differenza significativa nelle valutazioni dei risultati dal ricovero alla dimissione per gli anziani ospedalizzati con scompenso cardiaco ( HF) usando la Classificazione NOC.	Studio descrittivo retrospettivo in un ospedale di medicina di 502 pl 268 persone (documentazione) dimessi con insufficienza cardiaca in un anno	<p>Lo studio coinvolge <b>272</b> assistiti con almeno la metà over 65 e donne (N=124), mentre maschi over 65 sono N=93. Sono state identificate una media di <b>5.41 DI NANDA-I, 8.15 NOC e 10.99 NIC</b> per assistito. Sono stati utilizzati 28 NOC diversi per gli assistiti (n=2.053, 93.05%) per un totale di n=268; i 10 NOC più utilizzati comprendono il 75.91% del totale dei NOC totali selezionati ed hanno dimostrato un miglioramento statisticamente significativo nella misurazione alla dimissione (p&lt;0.001) ed uno score positivo.</p> <p>Nello specifico, i NOC maggiormente usati sono stati: <i>Conoscenze: regime terapeutico (1813), Comportamento di prevenzione delle cadute (1909), Controllo dei rischi (1902), Integrità tissutale: cute e mucose (1101) ed Efficacia della pompa cardiaca (0400)</i>.</p> <p>Il limite principale dello studio è dato dal fatto che sono stati associati più NIC con ciascun NOC; pertanto, non è stato possibile identificare l'effetto di ogni singolo NIC sul NOC.</p>

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
7.	Park, 2014	identificare le diagnosi, gli interventi e i risultati infermieristici fondamentali, e i collegamenti usando terminologie infermieristiche standardizzate per gli assistiti con insufficienza cardiaca ( HF ) .	Studio descrittivo retrospettivo 272 pz (documentazione) con HF in un ospedale di comunità.	<p>Lo studio coinvolge <b>268</b> assistiti, range 60-98 anni e media 78.43 (SD=11.58). Su totale delle DI (n=41), sono state identificate un le <b>4 DI NANDA-I</b> più frequenti: <i>Conoscenza insufficiente (00126)</i>, <i>Gittata cardiaca ridotta (00029)</i>, <i>Rischio di lesione (00035)</i> e <i>Liberazione inefficace delle vie aeree (00031)</i>. Delle 10 DI più frequenti, queste 4 diagnosi rappresentavano circa il 50% delle DI infermieristiche per la persona con HF.</p> <p>Del totale n= <b>63 NOC utilizzati</b>, 6 NOC costituivano più del 50% del totale ed erano: <i>Conoscenza: regime di trattamento (1813)</i>, <i>Comportamento di prevenzione delle cadute (1909)</i>, <i>Controllo dei rischi (1902)</i>, <i>Integrità tissutale: cute e mucose (1101)</i> ed <i>Efficacia della pompa cardiaca (0400)</i>.</p> <p>Di un totale di n=<b>143 NIC</b>, i <b>10 NIC</b> più frequenti rappresentavano il 51.03% dei NIC totali ed erano, nello specifico, <i>Monitoraggio dei liquidi (4130)</i>, <i>Assistenza cardiaca (4040)</i>, <i>Insegnamento: Procedure/trattamenti (5618)</i>, <i>Prevenzione delle cadute (6490)</i> e <i>Sostegno emozionale (5270)</i>.</p> <p>Inoltre, sono stati utilizzati <b>927 differenti collegamenti NNN</b>, in particolare, i 4 collegamenti NNN più frequenti erano: <i>Conoscenza insufficiente -Conoscenza: Regime di trattamento-Insegnamento: Procedure/Trattamenti (n=94)</i>; <i>Ridotta gittata cardiaca-Efficacia della pompa cardiaca-Assistenza cardiaca (n=83)</i>; <i>Rischio di lesione- Comportamenti di prevenzione delle cadute-Prevenzione cadute (n=76)</i>; <i>Gittata cardiaca ridotta-Efficacia pompa cardiaca-Monitoraggio dei liquidi (n= 71)</i>. Questi collegamenti sono stati utilizzati più di 70 volte per gli assistiti con HF.</p> <p>I limiti dello studio sono correlati alla formazione degli infermieri diagnostici; infatti formati per l'utilizzo delle SNTs NNN, il loro livello di conoscenze può migliorare ed aumentare ai fini di documentare in maniera più adeguata l'assistenza infermieristica.</p> <p>Il secondo limite è legato all'esiguo campione di studio di un ospedale di comunità per cui è difficile generalizzare il risultato della ricerca.</p>
8.	Scherb, et al.2011	classificare e riportare i 10 NNNs più frequentemente documentati dagli infermieri per assistiti anziani con insufficienza cardiaca ( HF )	Studio descrittivo comparativo multicentrico 302 assistiti, 60-89 anni di età dimessi per la prima volta dall' ospedale con insufficienza cardiaca 7 drop out	<p>Lo studio ha considerato <b>302</b> persone ricoverate in 3 diversi ospedali di comunità (A=66; B=27; C=209), con DRG primario di HF; 154 (51%) erano donne, (A=29; B=14; C=111), range di età 60-89 anni e quello di LOS 1-22 giorni A=5.5 (SD=3.6), B=5.0 (SD=2.6) e C=5.5 (SD=3.9).</p> <p>Delle 10 diagnosi più frequenti in ciascuno dei 3 ospedali 4 erano comuni a tutti, nello specifico: <i>Intolleranza all'attività (00092)</i>, <i>Gittata cardiaca ridotta (00029)</i>, <i>Conoscenza insufficiente (00126)</i> e <i>Rischio di cadute (00155)</i>.</p> <p>I NOC più frequenti per tutti e tre ospedali erano: <i>Efficacia della pompa cardiaca (0400)</i>, <i>Comportamento di prevenzione delle cadute (1909)</i> e <i>Conoscenze: gestione della malattia acuta (1844)</i>. Rispetto i NIC simili utilizzati nei tre diversi ospedali erano: <i>Gestione del dolore (1400)</i> e <i>Sorveglianza della cute (3590)</i>; inoltre, i 10 NIC più frequenti rappresentavano solo una piccola/moderata percentuale (A=16%; B= 53% e C=30%) del totale.</p> <p>I limiti dello studio sono l'impossibilità di collegare i dati della NANDA-I dei NOC e dei NIC con conseguente limitazione nel definire degli interventi infermieristici hanno migliorato i risultati di salute degli assistiti; un altro potenziale limite è correlato all'accuratezza ed alla qualità della documentazione; infine, i tre ospedali non sono rappresentativi di tutti gli ospedali, anche se i risultati sono potenzialmente trasferibili sia a livello nazionale che internazionale.</p>

N°	STUDI	OBIETTIVI	METODO	RISULTATI
	de Cassia Gengo e Silva et al., 2017	Descrivere la frequenza delle DI NANDA-I e dei relativi collegamenti NNN per gli assistiti ricoverati in ambito chirurgico e medico	Analisi della documentazione con approccio quantitativo (document analysis study).	<p>Nello studio sono stati considerati <b>2343</b> record di <b>2179</b> assistiti ricoverati nel 2013 nell'Hospital University of University of San Paulo (HU-USP) nell'area medica e chirurgica. Dei 2179 assistiti, 1238 (53%) erano ricoverati in area medica (MC) on età media di 57 anni (range di età 14-99 aa); mentre quelli in area chirurgica (SC) l'età media era di 47 anni (range di età 15-97 aa). In entrambe le aree mediche, più della metà del campione era composto da femmine (53%). Le diagnosi in area medica includevano problemi cardiovascolari, respiratori e metabolici, mentre in area chirurgica comprendevano problemi ortopedici (fratture), gastrointestinali (colecistiti e tumori) ed ernie.</p> <p>I risultati mettono in luce che gli infermieri nell' HU-USP hanno enunciato <b>84 DI NANDA-I</b> per gli assistiti ricoverati nell'unità di MC e 66 per quelli in SC. Le 5 DI NANDA-I più frequenti sono state selezionate 7,974 e 8,228 volte rispettivamente in MC e SC.</p> <p><i>Perfusione tissutale inefficace</i> (00024) (ad oggi la diagnosi è stata ritirata dalla tassonomia) è stata collegata 1,101 volte con 14 NOC e 37 NIC per gli assistiti in SC e 2,943 volte con 22 NOC e 66 NIC per gli assistiti dell'area medica.</p> <p>Il numero totale di collegamenti NNN per <i>Rischio di cadute</i> (00155) era di 2,062 in SC con 13 NOC e 30 NIC; mentre 1,675 in MC con 19 NOC e 37 NIC.</p> <p><i>Dolore acuto</i> (00132) è stato collegato 3,281 volte con 5 NOC e 11 NIC in SC e 1,358 volte con 4 NOC e 10 NIC in MC.</p> <p><i>Integrità tissutale compromessa</i> (00044) è stata selezionata 1,364 volte con 4 NOC e 16 NIC per gli assistiti della SC e 1,065 collegata con 6 NOC e 24 NIC per gli assistiti della MC.</p> <p><i>Ansia</i> (00146) è una delle DI NANDA-I solo per gli assistiti della SC; i collegamenti rilevati per questa diagnosi sono stati 420; nello specifico è stata collegata 279 volte con il NOC <i>Autocontrollo dell'ansia</i> (1402); quindi il linkage DI NANDA-I 00146 ed il NOC 1402 si è associato per il 100% con il NIC <i>Riduzione dell'ansia</i> (5820).</p> <p>Infine, gli altri 141 collegamenti, dei 420 rilevati, sono stati associati con il NOC <i>Coping</i> (1302) e questo linkage (DI NANDA-I 00146 ed il NOC 1302) è stato associato con due NIC: <i>Guida preventiva alle situazioni critiche</i> (5210) (n= 10; 7.1%) e <i>Miglioramento del Coping</i> (5230) (n=131; 92.9%).</p> <p><i>Rischio di glicemia instabile</i> (00179) era tra le 5 DI NANDA-I più frequenti solo per gli assistiti ricoverati in MC; è stata collegata 933 volte con il NOC <i>Livello di glicemia</i> (2300) e con due NIC: <i>Gestione dell'iperglicemia</i> (2120) (n=841; 90.1%) e <i>Gestione dell'ipoglicemia</i> (2130) (n=92; 9.9%).</p> <p>I limiti dello studio sono correlati alla tipologia del setting: è stato condotto in un ospedale universitario e questo limita la generalizzazione dei risultati evidenziati; inoltre, sono stati inclusi nell'analisi solo i dati in merito ai ricoveri, e questo non ha permesso di verificare l'efficacia degli interventi nel raggiungere i risultati di salute per gli assistiti. Nonostante i limiti, gli autori sottolineano che la ricerca condotta rappresenta uno dei primi studi attenti ad identificare i collegamenti NNN coinvolgendo un ampio campione di assistiti ricoverati in ambito medico e chirurgico e sollecitano l'effettuazione di altri studi che interessino multi-organizzazioni al fine di confermare se i collegamenti identificati sono gli stessi nei diversi contesti socio-culturali per le diverse popolazioni e di verificare la loro validità clinica.</p>

Tabella VII. Sinossi degli studi inclusi nella revisione sistematica



## 4. SCOPO DEL PROGETTO DI RICERCA

### 4.1 Scopo e quesiti

In linea con la revisione della lettura condotta, lo scopo di applicare la ricerca nella pratica clinica è derivato dalla necessità di descrivere l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche NANDA-I, risultati di salute NOC e degli interventi NIC nella pratica clinica in diversi setting assistenziali italiani.

Le principali domande di ricerca sono:

1. Quali sono le principali diagnosi NANDA-I nelle diverse popolazioni di assistiti
2. Quali sono i principali risultati di salute NOC nelle diverse popolazioni di assistiti
3. Quali sono i principali interventi infermieristici NIC nelle diverse popolazioni di assistiti
4. Quali sono i principali collegamenti NNN

Perché la ricerca in clinica in diversi setting di cura italiani? Perché dalla letteratura emerge che la sperimentazione clinica non offre dati sufficienti per descrivere il grado di utilizzo di terminologie infermieristiche standardizzate sul territorio nazionale italiano e nello specifico, non ci sono studi che evidenzino “**the NNN linkages**” nella pratica clinica infermieristica. Questa zona grigia di ricerca ha determinato la necessità di progettare la ricerca con l'obiettivo di descrivere e analizzare il contributo dell'assistenza infermieristica in risposta ai bisogni di salute della persona assistita, nonché ai profili di salute con l'obiettivo di proporre delle linee di lettura che possano permettere di progettare linee strategiche, politiche e di ricerca future.

Nello specifico, come accennato nell'introduzione, sono stati condotti due studi osservazionali in 2 diverse realtà assistenziali i cui risultati sono stati descritti in maniera dettagliata nei due capitoli che seguono.

Al fine di comprendere la complessità e la dinamicità delle organizzazioni della salute all'interno delle quali si è scelto di raccogliere i dati, le due sezioni dedicate agli studi nei capitoli 5 e 6, comprendono una **prima parte** in cui sono descritti in maniera dettagliata le fasi dei progetti pluriennali di implementazione del PAI con le tassonomie NNN ed una **seconda parte** dedicata agli studi ed ai principali risultati ottenuti.



## **5. STUDIO RETROSPETTIVO PRESSO U.O.C. POST ACUTI AUSL DELLA ROMAGNA - PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIMINI**

L'esperienza di ricerca condotta nell'aa 2015-2016 presso l'U.O. Post Acuti dell'AUSL della Romagna - Presidio Ospedaliero di Rimini, costituisce il primo passaggio dalla teoria alla pratica clinica.

Avendo rafforzate le conoscenze rispetto le SNLs, definito il razionale in merito alle tassonomie NNN, l'approccio clinico, in linea con lo scopo del progetto di ricerca, è diventato uno step lineare e sequenziale.

La realizzazione dello studio è stata possibile grazie all'autorizzazione ed alla collaborazione diretta del Direttore Infermieristico dell'U.O. Post Acuti di Rimini il quale ha diretto il progetto di implementazione delle tassonomie NNN all'interno dell'U.O Post-acuti a Direzione infermieristica, minuziosamente descritto negli atti dei convegni NNN (Rigon e Santin, 2016, pp. 172-179).

Una breve presentazione del Servizio e delle diverse fasi del progetto quinquennale sono elementi imprescindibili per poter avere una lettura globale della dinamicità del sistema assistenziale e comprendere la complessità dell'innovazione e del cambiamento all'interno di un servizio di salute in cui agiscono diversi attori e molteplici figure professionali.

In linea con la Direttiva Regionale Emilia-Romagna del 1997 che ha per oggetto *“Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza, postacuzie e riabilitazione estensiva, nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna”*, è stata istituita nel 2012 l'U.O.C di Post-Acuzie nel Presidio Ospedaliero di Rimini , struttura che dal 2012 è a Direzione Infermieristica.

Le caratteristiche che distinguono questa Unità Operativa Complessa rispetto alle altre UOC del presidio di Rimini sono rappresentate dall'afferenza di una tipologia di assistiti che dopo aver superato la fase acuta, manifestano bisogni ad elevata complessità assistenziale infermieristica e medio-bassa intensità assistenziale medica. questi aspetti determinanti sanciscono la **responsabilità organizzativa e gestionale** affidata all'Infermiere Direttore e la **responsabilità clinica** affidata ai medici dell'UO per Acuti inviante. Nello specifico gli assistiti vengono trasferiti da tutte le UU.OO

dedicate alla gestione delle acuzie del Presidio ospedaliero di Rimini alla UOC Post Acuti.

L'obiettivo prioritario dell'équipe assistenziale infermieristica è rappresentato dalla presa in cura globale della persona che, superata la fase acuta della malattia, necessita di assistenza infermieristica ad alta intensità, finalizzata allo sviluppare, mantenimento e/o recupero del massimo potenziale di autonomia residua, con una progettualità che predilige e supporta la dimissione al proprio domicilio.

La Direzione infermieristica ha un ruolo di responsabilità manageriale sui risultati clinici assistenziali e sugli esiti organizzativi in termini di miglioramento della qualità delle cure, della sicurezza e della gestione consapevole delle risorse e quindi, è fondamentale trovare strategie per documentare e misurare in maniera oggettivabile i risultati di salute raggiunti dall'assistito rispetto gli interventi pianificati ed attuati. Questa logica organizzativa innovativa ha rappresentato il motore propulsivo alla sperimentazione di nuovi modelli assistenziali, organizzativi e gestionali ed all'implementazione della pianificazione assistenziale infermieristica con l'adozione del modello concettuale infermieristico della teorica M. Gordon e del linguaggio standardizzato NANDA-I, NOC e NIC (NNN).

L'U.O. Post Acuti di Rimini (PAC) ha **23 posti letto** ed il gruppo professionale è formato da **1** Infermiere Direttore, **2** Infermiere Case Manager, **16** Infermieri Clinici e **6** Operatori Socio-Sanitari (OSS).

La presenza di 2 Infermieri Case Manager garantisce la presa in cura del percorso globale dell'assistito e la reale continuità trasversale nel territorio, mentre gli Infermieri Clinici si caratterizzano per ampia autonomia clinica di problem-solving e decision making.

La Direzione infermieristica del PAC di Rimini, dopo un'accurata analisi del contesto organizzativo e culturale, ha elaborato un **progetto quinquennale** per l'implementazione della pianificazione infermieristica assistenziale (PAI) con le tassonomie NNN all'interno del gruppo professionale dell'U.O., con fasi di sviluppo annuali al fine di monitorare gli esiti attesi pianificati, in linea con gli indicatori definiti e di guidare in maniera strategica e consapevole il processo di cambiamento nonché di capitalizzare i risultati ottenuti annualmente dal gruppo di lavoro con l'obiettivo generale di descrivere come l'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato permetta di misurare in maniera oggettivabile i risultati di salute prodotti dall'assistenza in termini di miglioramento dello stato di salute dell'assistito.

A supporto dell'implementazione del progetto, la Direzione Infermieristica ha utilizzato **come strumenti** la documentazione sanitaria infermieristica comprendente :

1. valutazione globale iniziale dell'assistito strutturata utilizzando il Modello teorico infermieristico di M. Gordon in formato cartaceo
2. piano assistenziale infermieristico (PAI) in formato cartaceo
3. testi dedicati alle tassonomie NNN
4. database per raccolta ed elaborazione dati PAI (Microsoft Access 2010)

Inoltre, per ogni fase, la Direzione Infermieristica ha definito i **risultati attesi** con relativi **indicatori** ed ha descritto le **azioni intraprese**.

Per la sperimentazione e per la realizzazione dell'intero progetto è stata chiesta ed ottenuta la licenza CEA, che prevede il sostegno nelle due fasi principali del progetto, la fase sperimentale teorica e successivamente la possibilità dell'applicazione nella fase sperimentale clinica.

## **5.1 Principali fasi del progetto di implementazione del PAI con Modello Gordon e Tassonomie NNN presso il PAC di Rimini**

### **ANNO 2011- Start up del progetto- Modello GNNN**

La start up del progetto di implementazione della PAI con il modello teorico Gordon e le tassonomie NNN (Modello GNNN) ha avuto inizio nel 2011, dopo un'accurata analisi organizzativa dell'U.O.C del PAC da parte della Direzione Infermieristica, che ha evidenziato all'interno del servizio la presenza di un modello assistenziale per compiti, l'assenza della pianificazione infermieristica assistenziale con conseguente mancanza di documentazione e quindi impossibilità di dimostrare l'efficacia degli interventi attuati e lo specifico professionale degli infermieri e difficoltà di integrazione interprofessionali, ad esempio con la figura dei fisioterapisti, per quanto riguarda l'area della mobilità e della deambulazione, riferibili alla problematicità nell'identificare gli specifici campi di attività e di responsabilità. Dati questi elementi, è stato pianificato il progetto di innovazione e miglioramento, strutturando un tempogramma annuale delle diverse fasi al fine di guidare con autorevolezza il processo in tutti i diversi step e monitorare e misurare gli eventuali scostamenti rispetto i risultati attesi pianificati.

## ANNO 2012

### Avvio del progetto con l'utilizzo del Modello Funzionale n. 4 di Gordon e delle tassonomie NNN

L'avvio del progetto ha previsto l'**adozione** del modello teorico di M. Gordon come guida a supporto del processo di assistenza infermieristica e nella Tabella VIII sono riportati i principali risultati attesi con relativi indicatori ed azioni intraprese.

Risultati attesi	Azioni intraprese
Utilizzo del Modello Funzionale della salute 4. Attività ed esercizio fisico nella fase di valutazione iniziale dei bisogni assistenziali infermieristici della persona ed adozione della tassonomia NNN per l'elaborazione del piano assistenziale per gli assistiti con disfunzionalità nella mobilità e deambulazione.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formazione per tutti gli infermieri sul sistema GNNN (Gordon e Modello 4, NANDA-I, NOC e NIC e identificazione del gruppo di lavoro referente.</li><li>2. Elaborazione e implementazione dei nuovi moduli di pianificazione con metodo GNNN.</li><li>3. Utilizzo della metodologia GNNN su tutti gli utenti ricoverati con problemi di mobilità e/o deambulazione con attuazione del processo di assistenza.</li><li>4. Inserimento dei dati assistenziali nel database dedicato alla dimissione dell'assistito.</li><li>5. Analisi dei dati ottenuti</li><li>6. Elaborazione del progetto di implementazione per l'anno 2013.</li></ol>
<b>Indicatori scelti</b>	
n. PAI elaborati su utenti target/n. ricoverati periodo (standard $\geq 1$ )	
% di raggiungimento dei risultati di salute pianificati (standard 70%);	
n. diagnosi NANDA-I/NOC/NIC più frequenti (standard = 5)	

Tabella VIII. Risultati attesi con relativi indicatori ed azioni intraprese nel 2012

I principali risultati del **primo anno** di sperimentazione evidenziano che il n. di ricoverati è **314** con una degenza media di **28.6 giorni**; le 5 principali DI NANDA-I enunciate rispetto alla valutazione dei bisogni di salute inerenti il Modello Funzionale 4. Attività ed esercizio fisico, appartengono **tutte al Dominio 4 Attività/Riposo** della tassonomia NANDA-I; infine i 5 principali NOC e NIC sono direttamente correlati con le DI NANDA-I enunciate ad espressione della linearità ed interoperabilità delle tre tassonomie, nonché a conferma delle competenze di pensiero critico dell'infermiere nel strutturare ed implementare il processo d'assistenza in tutte le sue fasi (Tabella IX).

<b>1° Anno 2012- Modello Funzionale 4. Attività ed esercizio fisico</b>			
N. ricoveri		<b>314</b>	
Degenza media		<b>28.6</b>	
Peso medio per DRG trattato		<b>1.43</b>	
Provenienza UU.OO.	1.	Medicina Internistica	<b>41%</b>
	2.	Medicina d'Urgenza	<b>29%</b>
	3.	Ortopedia	<b>12%</b>
	4.	Chirurgia Generale e Vascolare	<b>7%</b>
	5.	Oncologia	<b>4%</b>
	6.	Altro	<b>7%</b>
Età media		<b>74</b>	
N. PAI elaborati		<b>292</b> (per 204 assistiti, ossia per il 65% dei 314 ricoverati)	
<b>NANDA-I (2009-2011)</b>		<b>NOC (2005)</b>	<b>NIC (2005)</b>
1.	Compromissione della mobilità (00085)	Livello di mobilità (0208)	Posizionamento: sedia a rotelle (0846)
2.	Compromissione della deambulazione (00088)	Deambulazione: camminare (0200)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)
3.	Deficit della cura di sé (bagno) (00108)	Cura di sé: igiene personale (0305)	Assistenza nella cura di sé (1800)
4.	Compromissione della mobilità nel letto (00091)	Conseguenze fisiche dell'immobilità (0204)	Assistenza alla persona allettata (0740)
5.	Intolleranza all'attività (00092)	Resistenza (0001)	Promozione dell'attività fisica: allenamento alla resistenza (0201)
Media dei PAI per persona ricoverata		<b>1.43 (standard = &gt; 1)</b>	
Raggiungimento dei risultati (NOC)		<b>78%</b>	

**Tabella IX. Risultati del 1° anno ( 2014) con utilizzo Risultati del Modello Funzionale 4. Attività ed esercizio fisico**



## ANNO 2013

### Avvio del progetto d'implementazione con tutti gli 11 Modelli Funzionali della Gordon e delle tassonomie NNN per tutti gli assistiti ricoverati

Nel 2013, il gruppo infermieristico, rafforzate le conoscenze e competenze teoriche, nonché le abilità cliniche nella formulazione dei PAI con le tassonomie NNN, ha esteso la valutazione iniziale globale a tutti gli **11 Modelli Funzionali di Gordon**; i principali risultati attesi ed azioni intraprese sono riportati nella Tabella X.

Risultati attesi ed indicatori scelti	Azioni intraprese
n. PAI elaborati su utenti target/n. ricoverati periodo (standard $\geq$ 1)	1. Formazione di tutti gli infermieri sul sistema GNNN.
n. operatori formati (standard 90%)	2. Elaborazione e implementazione dei nuovi moduli di pianificazione con metodo GNNN.
% di raggiungimento dei risultati pianificati (standard 80%)	3. Applicazione del processo di assistenza con metodologia GNNN su tutti gli utenti ricoverati.
n. diagnosi NANDA-I/NOC/NIC più frequenti (standard = 5)	4. Inserimento dei dati assistenziali nel database dedicato alla dimissione dell'assistito.
	5. Analisi dei dati ottenuti.
	6. Elaborazione del progetto di implementazione per l'anno 2014

Tabella X. Risultati attesi con relativi indicatori ed azioni intraprese nel 2013

I risultati del **secondo anno** di sperimentazione (Tabella XI) evidenziano che il n. di ricoverati è **408** con una degenza media di **22.8 giorni**; le principali DI enunciate appartengono al dominio **11 Sicurezza/Protezione** della tassonomia NANDA-I, nello specifico, *Rischio di cadute* (00155), *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046) e *Compromissione della deglutizione* (00103); mentre *Compromissione della mobilità* (00085) e *Deficit della cura di sé* (bagno) appartengono al **Dominio 4. Attività/Riposo**; infine i 5 principali NOC e NIC sono direttamente correlati con le DI NANDA-I enunciate, come nel 2012-primo anno di sperimentazione.

<b>2° Anno 2013</b>			
N. ricoveri		<b>408</b>	
Degenza media		<b>22.8</b>	
Peso medio per DRG trattato		<b>1.53</b>	
Provenienza UU.OO.	1.	Medicina d'Urgenza	<b>39%</b>
	2.	Medicina Internistica	<b>38%</b>
	3.	Chirurgia Generale e Vascolare	<b>8%</b>
	4.	Ortopedia	<b>6%</b>
	5.	Malattie infettive	<b>4%</b>
	6.	Altro	<b>5%</b>
Età media		<b>71</b>	
N. PAI elaborati		<b>723</b>	
<b>NANDA-I (2009-2011)</b>		<b>NOC (2005)</b>	<b>NIC (2005)</b>
1.	Rischio di cadute (00155)	Comportamenti personali volti alla sicurezza (1911)	Prevenzione delle cadute (6490)
2.	Compromissione della mobilità (00085)	Deambulazione: camminare (0200)	Posizionamento: sedia a rotelle (0846)
3.	Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	Cura della ferita (3660)
4.	Deficit della cura di sé (bagno) (00108)	Cura di sé: igiene personale (0305)	Assistenza nella cura di sé (1800)
5.	Compromissione della deglutizione (00103)	Stato della deglutizione (1010)	Trattamento della deglutizione (1860)
Media dei PAI per persona ricoverata		<b>1.77 (standard = 0 &gt; 1)</b>	
Raggiungimento dei risultati (NOC)		<b>83% (standard 70%)</b>	

**Tabella XI. Risultati del 2° anno ( 2013) con utilizzo di tutti gli 11 Modelli Funzionali della Salute**

## ANNO 2014

### Progetto di miglioramento dell'utilizzo di tutti i Modelli Funzionali di Gordon e delle tassonomie NNN per tutti gli assistiti ricoverati

Nel 2014, l'equipe infermieristica si è dedicata con costanza e continuità a pianificare l'assistenza infermieristica con la persona utilizzando il Modello (Tabella XII) ed i principali risultati del **terzo anno** di sperimentazione evidenziano che il n. di ricoverati è **419** con una degenza media di **21.7 giorni** (Tabella XIII).

Risultati attesi ed indicatori scelti	Azioni intraprese
n. PAI elaborati su utenti target/n. ricoverati periodo (standard $\geq$ 1,5)	1. Elaborazione e implementazione dei nuovi moduli di pianificazione con metodo GNNN. 2. Applicazione del processo di assistenza con metodologia GNNN su tutti gli utenti ricoverati. 3. Inserimento dei dati assistenziali nel database dedicato alla dimissione dell'assistito. 4. Analisi dei dati ottenuti. 5. Elaborazione del progetto di implementazione per l'anno 2015
% di raggiungimento dei risultati pianificati (standard 85%)	
n. diagnosi NANDA-I/NOC/NIC più frequenti (standard = 5)	

Tabella XII. Risultati attesi con relativi indicatori ed azioni intraprese nel 2014

Delle principali DI enunciate, *Compromissione della deambulazione* (00088) appartiene al **Dominio 4. Attività/Riposo** della tassonomia NANDA-I; *Tensione nel ruolo del caregiver* (00061) al **Dominio 7. Ruoli e relazioni**; *Rischio di cadute* (00155) e *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046) al dominio **11. Sicurezza/Protezione**; ed infine, *Dolore acuto* (00132) al **Dominio 12. Benessere**. Infine, i 5 principali NOC e NIC sono direttamente correlati con le DI NANDA-I enunciate, come evidenziato negli altri 2 anni di sperimentazione (2012 e 2013).

<b>3° Anno 2014</b>			
N. ricoveri		<b>419</b>	
Degenza media		<b>21.7</b>	
Peso medio per DRG trattato		<b>1.52</b>	
Provenienza UU.OO.		1.	Medicina d'Urgenza <b>39%</b>
		2.	Medicina Internistica <b>36%</b>
		3.	Chirurgia Generale e Vascolare <b>7%</b>
		4.	Ortopedia <b>6%</b>
		5.	Oncologia <b>5%</b>
		6.	Altro <b>4%</b>
Età media		<b>70,5</b>	
N. PAI elaborati		<b>1941</b>	
<b>NANDA-I (2012-2014)</b>		<b>NOC (2013)</b>	<b>NIC (2013)</b>
1.	Rischio di cadute (00155)	Comportamenti personali volti alla sicurezza (1911)	Prevenzione delle cadute (6490)
2.	Compromissione della deambulazione (00088)	Deambulazione: camminare (0200)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)
3.	Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	Cura della ferita (3660)
4.	Dolore acuto (00132)	Controllo del dolore (1605)	Gestione del dolore (1400)
5.	Tensione nel ruolo del caregiver (00061)	Benessere del caregiver (2508)	Sostegno al caregiver (7040) insegnamento: individuale (5606)
<b>Media dei PAI per persona ricoverata</b>			
		<b>1.77 (standard = 0 &gt; 1)</b>	
<b>Raggiungimento dei risultati (NOC)</b>			
		<b>83% (standard 70%)</b>	

**Tabella XIII. Risultati del 3° anno (2014) con utilizzo di tutti gli 11 Modelli Funzionali della Salute**

## ANNO 2015

### Progetto di consolidamento dell'utilizzo di tutti i Modelli Funzionali di Gordon e delle tassonomie NNN per tutti gli assistiti ricoverati

Nel **quarto** anno di sperimentazione, l'equipe ormai matura e competente ha continuato a pianificare l'assistenza infermieristica con la persona utilizzando il Modello GNNN (Tabella XIV); gli infermieri dell'U.O., in linea con la pubblicazione delle nuove edizioni dei testi dedicati alle tassonomie, per garantire un'adeguata pianificazione infermieristica, hanno revisionato ed aggiornato la cartella cartacea ed il database elettronico.

Risultati attesi ed indicatori scelti	Azioni intraprese
n. operatori formati (standard 90%)	1. Gruppi di miglioramento per la revisione dei modelli di pianificazione sulla base delle nuove diagnosi NANDA-I 2012-14 e delle nuove tassonomie NOC (2013) e NIC (2014) e giornata formativa per la condivisione della metodologia revisionata. 2. Elaborazione e implementazione dei moduli revisionati con metodo GNNN. Applicazione del processo di assistenza con metodologia GNNN su tutti gli utenti ricoverati. 3. Inserimento dei dati assistenziali nel database dedicato alla dimissione dell'assistito. 4. Analisi dei dati ottenuti 5. Elaborazione del progetto di implementazione per il 2016
n. PAI elaborati su utenti/n. ricoverati periodo (standard => 2)	
% di raggiungimento dei risultati pianificati (standard 90%)	
n. diagnosi NANDA-I/NOC/NIC più frequenti (standard = 5).	

Tabella XIV. Risultati attesi con relativi indicatori ed azioni intraprese nel 2015

I principali risultati evidenziano che il n. di ricoverati è **444** con una degenza media di **17.7 giorni** (Tabella XV); delle principali DI NANDA-I enunciate, *Rischio di cadute* (00155), *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046) e *Rischio di infezione* (00004) appartengono al dominio **11. Sicurezza/Protezione** della tassonomia NANDA-I; mentre, *Compromissione della deambulazione* (00088) e *Compromissione della mobilità* (00085) al **Dominio 4. Attività/Riposo**. Infine i 5 principali NOC e NIC sono direttamente correlati con le DI NANDA-I enunciate, come negli altri 3 anni di sperimentazione (2012-2013 e 2014).

<b>4° anno 2015</b>			
N. ricoveri	<b>444</b>		
Degenza media	<b>17.7</b>		
Peso medio per DRG trattato	<b>1.48</b>		
Provenienza UU.OO.	1.	Medicina Internistica	<b>45%</b>
	2.	Medicina d'Urgenza	<b>26%</b>
	3.	Chirurgia Generale e Vascolare	<b>9%</b>
	4.	Neurologia	<b>4%</b>
	5.	Ortopedia	<b>3%</b>
	6.	Nefrologia	<b>3%</b>
	7.	Oncologia	<b>2%</b>
	8.	Altro	<b>8%</b>
Età media	<b>73.8</b>		
N. PAI elaborati	<b>1785</b>		
<b>NANDA-I (2012-2014)</b>		<b>NOC (2013)</b>	<b>NIC (2013)</b>
1.	Rischio di cadute (00155)	Adotta procedure sicure per gli spostamenti (1909)	Prevenzione delle cadute (6490)
2.	Compromissione della deambulazione (00088)	Febbre (0703)	Miglioramento della sicurezza (5380)
3.	Rischio di infezione (00004)	Cura del proprio aspetto (0300)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)
4.	Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	Integrità della cute (1101)	Controllo delle infezioni (6540)
5.	Compromissione della mobilità (00085)	Cammina nella stanza (0200)	Protezione dalle infezioni (6550)
<b>Media dei PAI per persona ricoverata</b>			
		<b>4.01 (standard = 0 &gt; 2)</b>	
<b>Raggiungimento dei risultati (NOC)</b>			
		<b>93% (standard 70%)</b>	

**Tabella XV. Risultati del 4° anno ( 2015) con utilizzo di tutti gli 11 Modelli Funzionali della Salute**

## ANNO 2016

### Progetto di miglioramento da elaborare in base ai risultati raggiunti nel 2015

Capitalizzati i risultati ottenuti nei 4 anni, la Direzione Infermieristica, in una logica strategica, ha progettato un piano di miglioramento del progetto con monitoraggio continuo (Tabella XVI) con l'obiettivo di dimostrare i risultati che l'Infermieristica è in grado di produrre in termini di salute attraverso interventi autonomi, implementando la pianificazione assistenziale infermieristica con le tassonomie NNN. Consapevole che ogni progetto di cambiamento innovativo prevede un investimento di tempo, risorse ed energie da dedicare, la Direzione Infermieristica ha tenuto in considerazione, anche, le resistenze fisiologiche, la necessità di un impegno costante, di motivazione, preparazione e competenze necessarie ai diversi livelli di responsabilità.

La lettura dei dati raccolti nel 2016 possono essere significativi per descrivere in maniera complessa i risultati dei diversi step del progetto che oltre ad essere un progetto di cambiamento organizzativo è soprattutto culturale e richiede la sinergia di numerosi fattori di un processo articolato e caratterizzato da numerose variabili.

5. anno 2016		
N. ricoveri	> 400	
Degenza media	< 20	
Peso medio per DRG trattato	1.4-1,5	
Provenienza UU.OO.	1.	Medicina Internistica <
	2.	Medicina d'Urgenza =
	3.	Chirurgia Generale e Vascolare >
	4.	Neurologia =
	5.	Oncologia >
NANDA-I (2012-2014)	NOC (2013)	NIC (2013)
n. 5 più utilizzate	n. 5 più utilizzati	n. 5 più utilizzati
Media dei PAI per persona ricoverata	<b>(standard = o/&gt; 3)</b>	
Raggiungimento dei risultati (NOC)	<b>(standard 90%)</b>	
Principale motivo di NON raggiungimento dei risultati	<b>Instabilità clinica</b>	

Tabella XVI. Risultati previsti per il 5 anno - 2016

## 5.2 Studio retrospettivo presso U.O.C. Post-Acuti di Rimini

Il contesto organizzativo del PAC attento alle cure personalizzate degli assistiti con l'adozione del PAI con il Modello GNNN, e grazie alla presenza di una documentazione sanitaria infermieristica che tracciava in maniera esaustiva ed adeguata le 6 fasi del processo assistenziale infermieristico con le tassonomie NNN e garantiva l'attendibilità dei dati, hanno costituito il setting ideale per effettuare uno studio nella pratica clinica, in linea con il filone di ricerca del Dottorato in Scienze Cliniche e con l'obiettivo di descrivere l'assistenza infermieristica, individuando nello specifico:

- i principali Modelli Funzionali della Salute di Gordon
- le principali diagnosi NANDA-I
- i principali risultati di salute NOC
- i principali interventi infermieristici NIC
- i principali collegamenti NNN

### 5.2.1 Materiali e metodi

La documentazione sanitaria infermieristica cartacea del PAC di Rimini prevede una **prima sezione** dedicata alla "*Valutazione assistenziale iniziale e Diagnosi NANDA-I*" con gli 11 Modelli Funzionali di Gordon. Ciascun modello comprende:

- breve definizione del modello, accertamento della persona con registrazione delle manifestazioni (segni, sintomi, comportamenti, verbalizzazioni) e narrazione (Gordon, 2009, pp. 106-136)
- elenco di 134 diagnosi NANDA-I con codice, titolo, definizione e pagina del testo, estrapolate dalle 216 diagnosi NANDA-I a disposizione (edizione 2012-2014) e inserite negli 11 Modelli Gordon.

La **seconda sezione**, definita "*Piano assistenziale individuale*" è dedicata allo sviluppo del PAI con le tassonomie NNN e prevede:

- uno spazio per siglare il Modello Gordon individuato come disfunzionale e descrivere eventuali manifestazioni evidenziate
- uno spazio libero per inserire il codice e titolo della diagnosi NANDA-I enunciata
- uno spazio libero per inserire il codice e titolo del NOC e dell'indicatore NOC; per l'indicatore NOC è previsto uno spazio per segnare la giornata della valutazione e il valore della scala **Likert a 5 punti** individuato (Moorhead et al., 2013 pp.44-47).



- uno spazio libero per inserire il codice e titolo del NIC e le attività pianificate

Questa seconda sezione del PAI non prevede la presenza di un elenco preconstituito di NANDA-I, NOC e NIC correlati ai Modelli Gordon ma le NNN devono essere scelte dagli infermieri responsabili degli assistiti. Tutta la compilazione della documentazione sanitaria infermieristica cartacea è effettuata dagli infermieri clinici, mentre, ai fini clinici, organizzativi e statistici, è stato creato ad hoc per l'U.O.C. un database informatico (Access 2010) che è alimentato con i dati della documentazione cartacea e l'inserimento dei dati è effettuato dalle 2 infermiere case manager.

Ai fini del presente studio, i dati dei PAI sono stati estrapolati dal database summenzionato che prevede i seguenti **items generali**: ID dell'assistito, età, genere, U.O. di provenienza, giornate totali di degenza, disordini/problemi medici e degli **items specifici in merito al PAI**, quali numero del Modello di Gordon disfunzionale, codice delle diagnosi NANDA-I enunciate, codici del risultato NOC e relativo indicatore, con valore iniziale e finale del NOC stesso ed infine i codici degli interventi NIC.

I dati, ai fini dello studio, sono stati riconvertiti su foglio di calcolo Excel (Microsoft®); sistema di data entry accessibile attraverso una combinazione univoca ID/password per garantire la tutela dei dati; inoltre, sono stati trattati solo ed esclusivamente in forma anonima e analizzati in maniera aggregata, tale da rendere impossibile la tracciabilità dei singoli individui e dei gruppi stessi che partecipavano allo studio. Ai fini dello studio sono stati utilizzati come testi di riferimento:

- **Gordon M.** (2008) *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Herdman, T.H.** (a cura di). (2012). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2012-2014*. 9ª edizione. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Moorhead S.** et al. (2013) *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Bulechek G.M.** et al (2013) *Classificazione degli interventi infermieristici NIC*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Johnson M.** et. al. (2014) *Collegamenti NANDA con NOC e NIC". Sostenere il ragionamento diagnostico e la qualità dell'assistenza* ; ed. it. a cura di L.A. Rigon, O. Meneghetti CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano

## 5.2.2 Risultati

Lo studio osservazionale retrospettivo è stato condotto analizzando i PAI strutturati con Modello Gordon e tassonomie NNN degli assistiti ricoverati nel Post Acuti di Rimini (PAC) dal 01 gennaio 2015 al 14 ottobre 2016.

### *Descrizione del campione*

I principali risultati evidenziano che, dei **764 assistiti** ricoverati nell'U.O. Post Acuti di Rimini, il 57,59% (n=440) è di sesso maschile ed il 42,41% (n= 324) di sesso femminile; con un età media di 73 anni per i maschi e 76 per le femmine.

Nello specifico, 11 assistiti hanno un'età compresa tra i 0-39 anni, 154 tra i 40-64 e 599 hanno 65 anni/oltre; infine, l'età media del campione è di 74,36 anni, età minima 16 e massima 105 anni con DS di 13,26 (Tabella XVII).

Sono stati esclusi dallo studio 35 PAI perché non strutturati in maniera completa.

GENERE	TOTALE ASSISTITI NEL PAC	% TOTALE ASSISTITI	ETA' 0/39	ETA' 40/64	> = 65	ETA' MEDIA	ETA'MIN	ETA' MAX	DS ETA'
M	440	57,59%	7	94	339	73	16	105	13,00
F	324	42,41%	4	60	260	76	22	100	13,47
<b>Totale</b>	<b>764</b>	<b>100,00%</b>	<b>11</b>	<b>154</b>	<b>599</b>	<b>74,36</b>	<b>16</b>	<b>105</b>	<b>13,26</b>

Tabella XVII. Descrizione del campione coinvolto nello studio

Rispetto ai giorni di degenza, dai risultati si evince che la degenza media è di 18 giorni con un minimo di 2 ed un massimo di 103 giorni ed una DS di 14,24 (Tabella XVIII).

GENERE	TOTALE ASSISTITI NEL PAC	TOTALE GG DEGENZA	DEGENZA MEDIA	GG DEGENZA MIN	GG DEGENZA MAX	DS DEGENZA
M	440	8101	18	2	103	14,38
F	324	5825	18	2	96	14,06
<b>Totale</b>	<b>764</b>	<b>13926</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>103</b>	<b>14,24</b>

Tabella XVIII. Giornate di degenza del campione coinvolto nello studio

I 764 utenti ricoverati nel PAC provengono da diverse UU.OO. ospedaliere del Presidio Ospedaliero di Rimini (Tabella XIX); principalmente, il 43% dall'area medica (Medicina e Medicina 2), il 25% dalla Medicina d'Urgenza ed il 9% dalla Chirurgia Vascolare.

<b>UU.OO. PROVENIENZA ASSISTITI RICOVERATI NEL PAC</b>	<b>TOTALI ASSISTITI</b>	<b>% ASSISTITI PER U.O.</b>
Medicina	194	25%
Medicina d'Urgenza	194	25%
Medicina 2	141	18%
Chirurgia Vascolare	66	9%
Neurologia	33	4%
Geriatrics	31	4%
Oncologia	25	3%
Chirurgia	23	3%
Ortopedia	18	2%
Nefrologia	16	2%
Malattie Infettive	13	2%
Altre U.O.	10	1%
<b>Totale</b>	<b>764</b>	<b>100%</b>

**Tabella XIX. UU.OO. di provenienza del campione coinvolto nello studio**

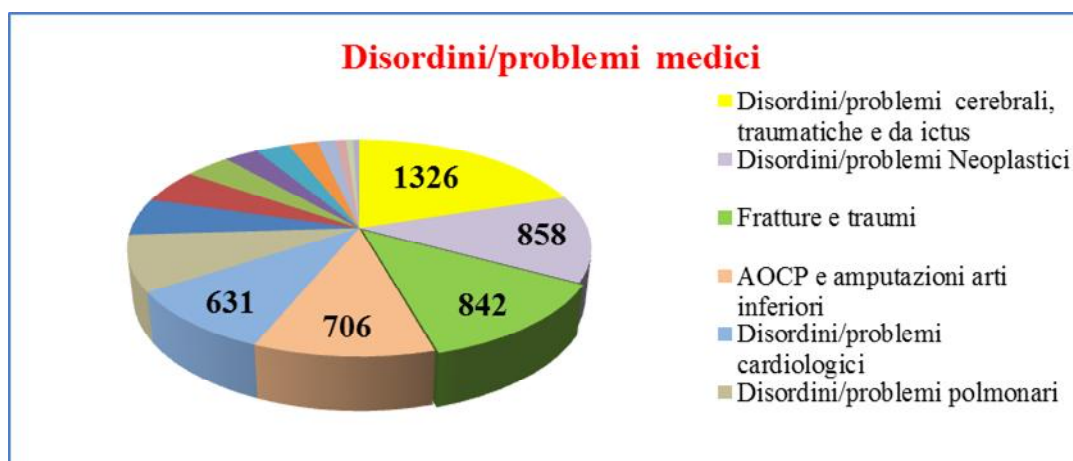
In merito ai giorni di degenza, i dati mettono in luce che, rispetto ad una degenza media complessiva di 18 giorni, gli assistiti che provengono, rispettivamente, dall'Ortopedia, dalla Chirurgia Vascolare e dalla Chirurgia, hanno una degenza media di 37; 29; 25 giorni con una DS di 22,94; 21,72 e 17,98 giorni (Tabella XX).

<b>UU.OO. PROVENIENZA ASSISTITI RICOVERATI NEL PAC</b>	<b>TOTALI ASSISTITI PER U.O.</b>	<b>TOTALE GG DEGENZA</b>	<b>DEGENZA MEDIA</b>	<b>GG DEGENZA MIN</b>	<b>GG DEGENZA MAX</b>	<b>DS DEGENZA</b>
Medicina d'Urgenza	194	3051	16	2	62	10,10
Medicina 1	194	3105	16	2	57	9,94
Medicina 2	141	2505	18	2	103	14,49
Chirurgia Vascolare	66	1906	29	2	96	21,72
Neurologia	33	380	12	2	32	6,26
Geriatrics	31	500	16	8	32	6,53
Oncologia	25	524	21	3	71	18,54
Chirurgia	23	580	25	8	75	17,98
Ortopedia	18	673	37	3	92	22,94
Nefrologia	16	336	21	2	78	21,25
Malattie Infettive	13	257	20	2	39	12,41
Altre U.O.	10	109	11	4	27	6,69
<b>Totale</b>	<b>764</b>	<b>13926</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>103</b>	<b>14,24</b>

**Tabella XX. Descrizione del campione coinvolto nello studio**

### ***Principali disordini/problemi medici del campione coinvolto nello studio***

I dati evidenziano che i **5 principali Disordini/problemi medici** sono di natura cerebrale, traumatica e correlata ad ictus (n=1326), Neoplasie (n=858), Fratture e traumi (n=842), AOCP e amputazioni arti inferiori (n=706) e Disordini/problemi cardiologici (n=631) (Figura 6).



**Figura 6. Principali disordini/problemi medici del campione coinvolto nello studio**

Nello specifico, rispetto il genere, i dati mettono in luce che la percentuale dei Disordini/problemi medici è sempre maggior nei maschi rispetto alle femmine, tranne che nel caso di Disordini/problemi cardiologici dove la percentuale nelle femmine è del 7,96% e nei maschi del 4,73% (Tabella XXI).

<b>DISORDINI/PROBLEMI MEDICI</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>% M</b>	<b>% F</b>	<b>TOTALE</b>	<b>%</b>
Disordini/problemi cerebrali, traumatiche e da ictus	687	639	10,35%	9,63%	1326	19,98%
Disordini/problemi Neoplastici	547	311	8,24%	4,69%	858	12,93%
Fratture e traumi	434	272	6,54%	4,10%	706	10,64%
AOCP e amputazioni arti inferiori	377	254	5,68%	3,83%	631	9,51%
Disordini/problemi cardiologici	314	528	4,73%	7,96%	842	12,69%
Disordini/problemi polmonari	303	248	4,57%	3,74%	551	8,30%
Ascessi, infezioni e ipertermia	243	125	3,66%	1,88%	368	5,54%
Disordini/problemi neurologici	192	145	2,89%	2,18%	337	5,08%
Disordini/problemi metabolici	148	103	2,23%	1,55%	251	3,78%
Decadimento, problemi organici e ipostenia	138	47	2,08%	0,71%	185	2,79%
Disordini/problemi renali	128	33	1,93%	0,50%	161	2,43%
Disordini/problemi vascolari	89	98	1,34%	1,48%	187	2,82%
Disordini/problemi gastroenterici	73	28	1,10%	0,42%	101	1,52%
Disordini/problemi reumatologici	39	21	0,59%	0,32%	60	0,90%
Decadimento cognitivo	28	11	0,42%	0,17%	39	0,59%
Disordini/problemi dermatologici	16	18	0,24%	0,27%	34	0,51%
<b>Totale</b>	<b>3756</b>	<b>2881</b>	<b>56,59%</b>	<b>43,41%</b>	<b>6637</b>	<b>100,00%</b>

**Tabella XXI. Principali Disordini/problemi medici rispetto al genere del campione**

### **Modelli disfunzionali di M. Gordon**

Gli infermieri dell'U.O. PAC di Rimini, per la rilevazione dei bisogni assistenziali della persona presa in cura, nella prima delle 6 fasi del processo assistenziale infermieristico, hanno utilizzato come modello teorico infermieristico di riferimento gli **11 Modelli Funzionali della Salute di M. Gordon**.

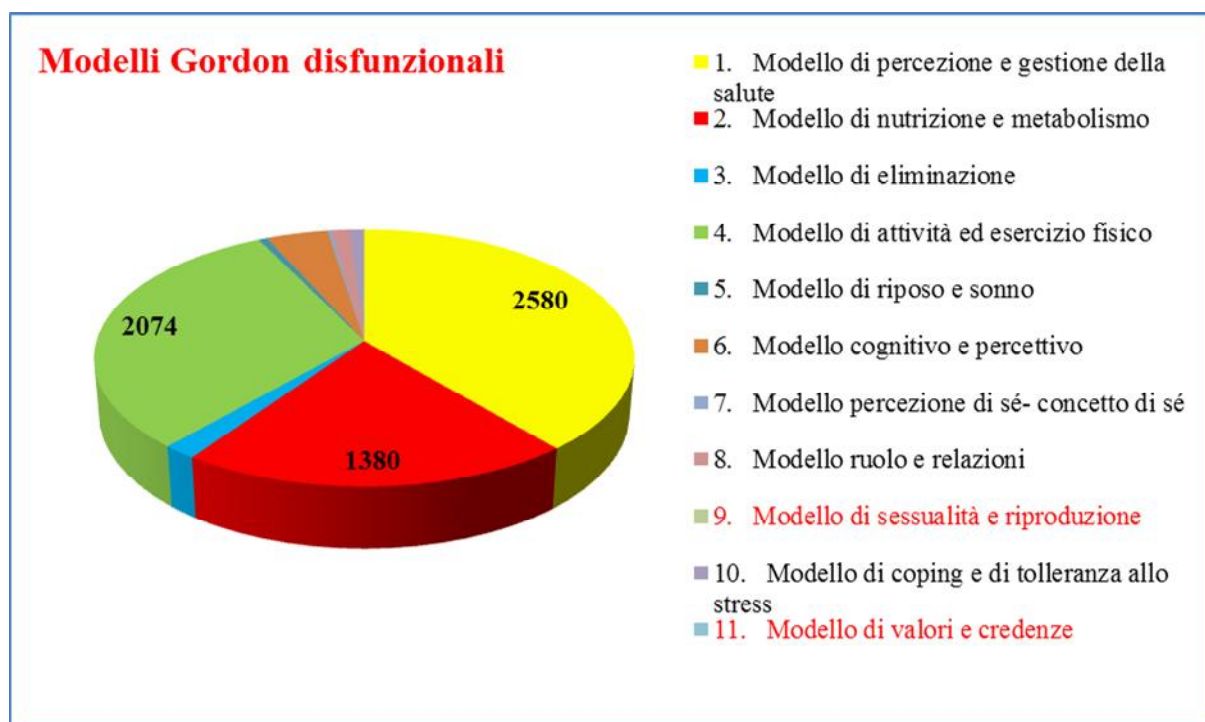
<b>MODELLI DISFUNZIONALI DI M. GORDON</b>										
<b>DISORDINI/PROBLEMI MEDICI</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>Totale</b>
Disordini/problemi Neoplastici	479	231	26	478	22	52	6	22	10	1326
Fratture e traumi	357	156	39	224	4	52	2	18	6	858
AOCP e amputazioni arti inferiori	310	154	12	289	2	49	1	15	10	842
Disordini/problemi cardiologici	267	222		173		32	2	5	5	706
Disordini/problemi polmonari	248	105	12	224	9	17		8	8	631
Ascessi, infezioni e ipertermia	193	115	1	220	1	7		11	3	551
Disordini/problemi neurologici	189	67	4	87		17			4	368
Disordini/problemi metabolici	120	70	6	119		14	2	2	4	337
Decadimento, problemi organici e ipostenia	103	70	1	62	1	11	1		2	251
Disordini/problemi renali	67	48	3	53		8		2	6	187
Disordini/problemi vascolari	79	41	4	49		8			4	185
Disordini/problemi gastroenterici	70	45		40		5			1	161
Disordini/problemi reumatologici	52	21	9	19						101
Decadimento cognitivo	22	11	1	20		6				60
Disordini/problemi dermatologici	12	7		12		2	3	1	2	39
Disordini/problemi cerebrali, traumatiche e da ictus	12	17		5						34
<b>Totale</b>	<b>2580</b>	<b>1380</b>	<b>118</b>	<b>2074</b>	<b>39</b>	<b>280</b>	<b>17</b>	<b>84</b>	<b>65</b>	<b>6637</b>

**Tabella XXII. Modelli disfunzionali di Gordon in relazione con i disordini/problemi medici**

L'analisi dei dati, mettendo in relazione i Disordini/problemi medici con il modello di M. Gordon, evidenzia che i principali modelli disfunzionali per tutte le problematiche cliniche degli assistiti sono i Modelli 1. *Percezione e gestione della salute* n= 2580 volte (38,87%); il Modello 4. *Attività ed esercizio fisico* n=2074 volte (31,25%) ed il Modello 2. *Nutrizione e metabolismo* n= 1380 volte (20,79%). Di contro, sono stati meno indagato il Modello 3. *Eliminazione* n=118 volte (1,78%); il Modello 5. *Riposo e sonno* n=39 volte (0,59%); il Modello 6. *Cognitivo e percettivo* n=280 volte (4,22%); il Modello 7. *Percezione di sé-concetto di sé* n=17 volte (0,26%); il Modello 8. *Ruolo e relazioni* n=84 volte (1,27%) ed il Modello 10. *Coping e tolleranza allo stress* n= 65 volte (0,98%) (Tabella, XXII). Infine, dai dati sembra emergere che gli infermieri non abbiano evidenziato delle disfunzionalità nei Modelli 9. *Sessualità e riproduzione* ed 11.

*Valori e Convinzioni* per cui nelle figure e tabelle successive non compaiono questi modelli, ma sono segnati in rosso nella etichetta come non disfunzionali .

Ancora, nella Figura 7., sono rappresentati i Modelli di Gordon riconosciuti come disfunzionali ed i dati evidenziano che, i 3 principali Modelli disfunzionali (1-2-4) rappresentano il 90,91% del totale (etichetta in rosso dei due modelli *non disfunzionali*).



**Figura 7. Modelli di Gordon disfunzionali**

Inoltre, in merito al genere, i dati mettono in luce che sia per le femmine sia per i maschi i principali Modelli di Gordon disfunzionali sono l'1. (rispettivamente n=1060 e n=1520), il 4. (rispettivamente n=952 e n=1122), il 2. (rispettivamente n=587 e n=793) ed il 6.( rispettivamente n=126 e n=154). Solo i Modelli 3. (n=69) e 5. (n=23) sono maggiormente disfunzionali per le femmine rispetto che per i maschi (Tabelle XXIII).

MODELLI DISFUNZIONALI DI M. GORDON										
GENERE	1	2	3	4	5	6	7	8	10	Totale
F	1060	587	69	952	23	126	7	29	28	2881
M	1520	793	49	1122	16	154	10	55	37	3756
<b>Totale</b>	<b>2580</b>	<b>1380</b>	<b>118</b>	<b>2074</b>	<b>39</b>	<b>280</b>	<b>17</b>	<b>84</b>	<b>65</b>	<b>6637</b>

**Tabella XXIII. Modelli disfunzionali di Gordon in correlazione con il genere**

Infine, i dati raccolti nella “*Valutazione infermieristica iniziale*, utilizzando il Modello di Gordon, sono stati ricondotti all’interno del sistema Tassonomico NANDA-I al fine di poter comparare i risultati ottenuti con gli studi e la letteratura internazionale; infatti,

come si può osservare nella Tabella XXIV, ciascun codice identificativo delle DI NANDA-I è stato messo in relazione con il Modello di Gordon riconosciuto come disfunzionale.

I dati mettono in luce che, rispetto i 3 principali Modelli di Gordon riconosciuti come disfunzionali (1-2-4), gli infermieri hanno individuato rispettivamente come principali DI NANDA-I 2012-14 *Rischio di cadute* (00155); e *Rischio di infezione* (00004); *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046) ed infine *Compromissione della deambulazione* (00088) e *Compromissione della mobilità* (00085).

<b>COD. NANDA-I 2012-14</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>Totale</b>
155	1571									1571
88				971						971
4	932									932
46		739								739
85				589						589
103		232								232
132					4	192				196
70		166								166
47		120								120
90				94						94
109				91						91
32				88						88
179		86								86
69									59	59
61								56		56
206	55									55
11			55							55
182				52						52
30				46						46
91				37						37
108				36						36
128						36				36
16			33							33
129						29				29
89				23						23
29				18						18
51					18					18
133						18				18
79	17									17
62								17		17
146							17			17
40				16						16
15			12							12
122					11					11
136								9		9
1		9								9

COD. NANDA-I 2012-14	1	2	3	4	5	6	7	8	10	Totale
14			8							8
25		8								8
39		7								7
23			6							6
33				6						6
95					6					6
123						5				5
13			4							4
27		4								4
154				3						3
26		3								3
196		3								3
124									3	3
43	2									2
63								2		2
134		2								2
74									2	2
93				2						2
214	2									2
210									1	1
92				1						1
110				1						1
7		1								1
84	1									1
<b>Totale</b>	<b>2580</b>	<b>1380</b>	<b>118</b>	<b>2074</b>	<b>39</b>	<b>280</b>	<b>17</b>	<b>84</b>	<b>65</b>	<b>6637</b>

Tabella XXIV. Modelli disfunzionali di Gordon in correlazione con le DI NANDA-I

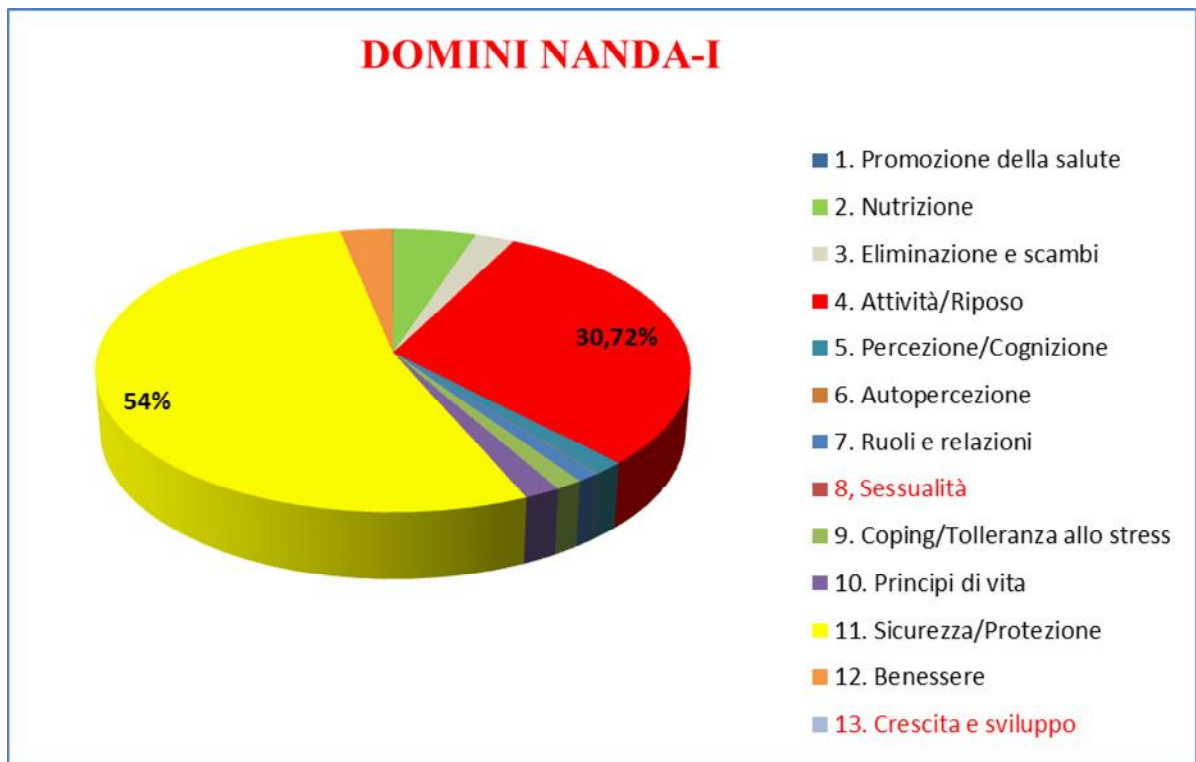
### *Principali diagnosi NANDA-I identificate*

I risultati evidenziano che sono state enunciate **59** diverse diagnosi NANDA-I su un totale di **216 diagnosi NANDA-I** a disposizione (edizione 2012-2014).

Il dominio NANDA-I maggiormente indagato è l'**11.Sicurezza e protezione** (54,11%), a seguire il **4.Attività/Riposo** (30,72%), il **2.Nutrizione** 5,15%, il **12.Benessere** (3,28%), il **3.Eliminazione e scambi** (2,46%), il **5.Percezione/Cognizione** 1,49%, il **9.Coping/Tolleranza allo stress** 1,33%, il **7.Ruoli e relazioni** 1,13%, il **6.Autopercezione** 0,05% e l'**1.Promozione della salute** 0,29%.

Non sono stati indagati i domini **8.Sessualità**, **10.Principi di vita** ed il **13.Crescita/Sviluppo** (Figura 8). (etichetta in rosso dei due modelli *non disfunzionali*).





**Figura 8. Principali domini NANDA-I individuati nel PAC di Rimini**

Le **10 principali diagnosi NANDA-I** individuate rappresentano l'**84,5%** delle DI NANDA-I 2012-14 totali enunciate e sono descritte nella Tabella XXV; nello specifico, i dati mettono in luce che, rispetto il dominio **11.Sicurezza/Protezione** della tassonomia NANDA-I maggiormente utilizzato, le DI NANDA-I più rappresentative sono:

- Rischio di cadute (cod. 00155) n=1571
- Rischio di infezione (00004) n=932
- Compromissione dell'integrità cutanea (00046) n=739
- Ipertermia (00007) n=167
- Rischio di integrità cutanea compromessa (00047) n=120

Rispetto al dominio **4.Attività/Riposo**, le NANDA-I 2012-14 più rappresentative sono:

- Compromissione della deambulazione (00088) n=971
- Compromissione della mobilità (00085) n=579
- Capacità di trasferimento compromessa (00090) n=90

Quindi, rispetto il dominio **2.Nutrizione**, la DI NANDA-I più rappresentativa è:

- Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002) n=103

Mentre, rispetto il dominio **12.Benessere** la DI NANDA-I I più rappresentativa è:

- Dolore acuto (00132) n=196.

N.	Dominio	Classe	Diagnosi NANDA-I (2012-2014)	N.	%
1.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Rischio di cadute (00155)	1571	23,7%
2.	DOMINIO 4 Attività/Riposo	Classe 2: Attività/Esercizio fisico	Compromissione della deambulazione (00088)	971	14,6%
3.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 1: Infezioni	Rischio di infezione (00004)	932	14,0%
4.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	739	11,1%
5.	DOMINIO 4 Attività/Riposo	Classe 2: Attività/Esercizio fisico	Compromissione della mobilità (00085)	589	8,9%
6.	DOMINIO 2 Nutrizione	Classe 1: Ingestione	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (0002)	232	3,5%
7.	DOMINIO 12 Benessere	Classe 1: Benessere fisico	Dolore acuto (00132)	196	3,0%
8.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 6: Termoregolazione	Ipertermia (00007)	167	2,5%
9.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Rischio di integrità cutanea compromessa (00047)	120	1,8%
10.	DOMINIO 4 Attività/Riposo	Classe 2: Attività/Esercizio fisico	Capacità di trasferimento compromessa (00090)	94	1,4%

Tabella XXV. Le 10 principali diagnosi NANDA-I utilizzate nel PAC di Rimini

### ***Principali risultati di salute NOC pianificati***

Nello studio, sono stati individuati **68** diversi **risultati NOC** su un totale di **490** a disposizione (edizione 2013) e **173** diversi **indicatori NOC**.

I dati evidenziano che il dominio NOC maggiormente indagato è il **2.Salute Fisiologica** (50,61%), a seguire il dominio **4.Conoscenze e comportamenti relativi alla salute** (17,07%), l'**1.Salute Funzionale** (14,02%), il **3.Salute Psicosociale** (12,20%), il **5.Salute percepita** (5,49%) ed il **6.Salute della Famiglia** (0,61%).

Non è stato indagato il dominio **7.Salute della Comunità** (Figura 9) (etichetta in rosso del domino *non* indagato).

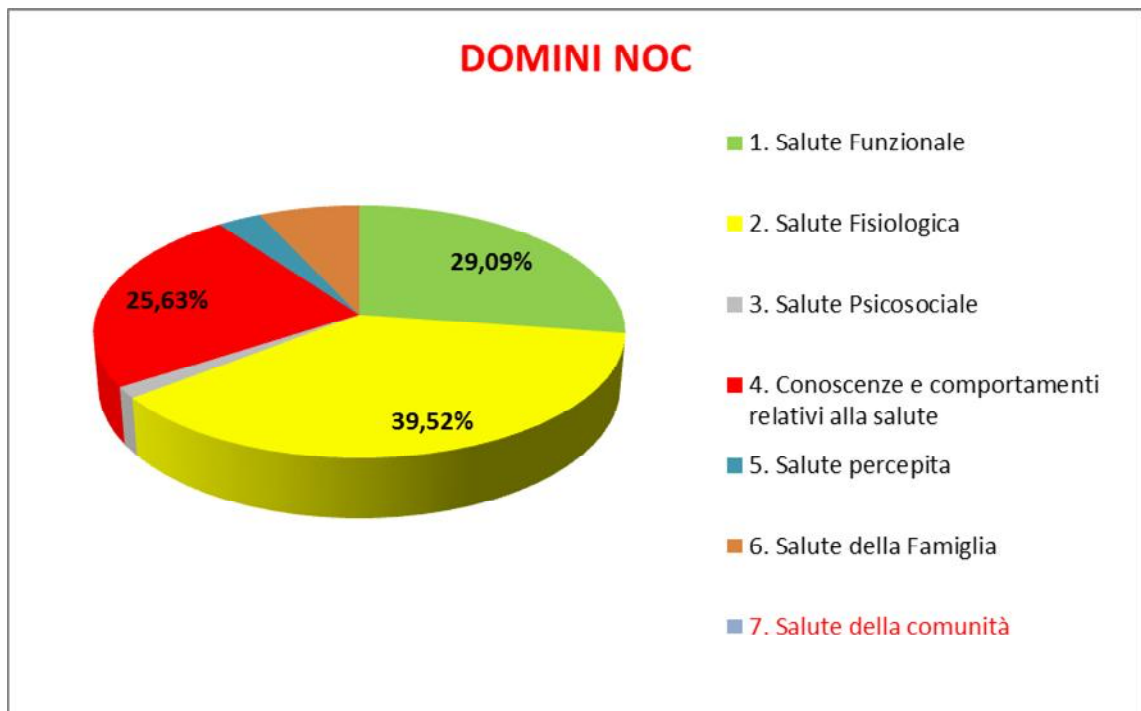


Figura 9. Principali domini NOC individuati nel PAC di Rimini

I **10 principali risultati NOC** individuati rappresentano il **79,15%** dei NOC utilizzati (Tabella XXVI); in particolare, i dati mettono in luce che, rispetto il dominio **2. Salute Fisiologica**, maggiormente indagato nei PAI, i NOC più rappresentativi sono:

- Gravità dell'infezione (0703) n=901
- Integrità tissutale: cute e mucose (1101) n=426
- Guarigione delle ferite per seconda intenzione (1103) n=283
- Stato della Deglutizione (1010) n=189
- Controllo dei rischi (1902) n=181
- Stato nutrizionale (1004) n=172

A seguire, rispetto il dominio **1. Salute Funzionale**, i NOC più rappresentativi sono:

- Deambulazione (0200) n=947
- Mobilità (0208) n=521

Quindi, rispetto il dominio **4. Conoscenze e comportamenti relativi alla salute**, il NOC più rappresentativo è:

- Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909) n=1419

Mentre, rispetto il dominio **5. Salute percepita**, il NOC più rappresentativo è:

- Controllo del dolore (1605) n=214.

N.	Dominio	Classe	NOC (2013)	N.	%
1.	DOMINIO 4 Conoscenze e comportamenti relativi alla salute	Classe T: Gestione dei rischi	Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909)	1419	21,38%
2.	DOMINIO 1 Salute Funzionale	Classe C: Mobilità	Deambulazione (0200)	947	14,27%
3.	DOMINIO 2 Salute Fisiologica	Classe H: Risposta immunitaria	Gravità dell'infezione (0703)	901	13,58%
4.	DOMINIO 1 Stato Fisiologico	Classe C: Mobilità	Mobilità (0208)	521	7,85%
5.	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe L: Integrità tissutale	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	426	6,42%
6.	DOMINIO 2 Salute Fisiologica	Classe L: Integrità tissutale	Guarigione delle ferite per seconda intenzione (1103)	283	4,26%
7.	DOMINIO 5 Salute percepita	Classe V: Stato dei sintomi	Controllo del dolore (1605)	214	3,22%
8.	DOMINIO 2 Salute Fisiologica	Classe K: Digestione e nutrizione	Stato della deglutizione (1010)	189	2,85%
9.	DOMINIO 4 Conoscenze e comportamenti relativi alla salute	Classe T: Gestione dei rischi	Controllo dei rischi (1902)	181	2,73%
10.	DOMINIO 2 Salute Fisiologica	Classe K: Digestione e nutrizione	Stato nutrizionale (1004)	172	2,59%

**Tabella XXVI. I 10 principali NOC utilizzati nell'U.O. Post Acuti di Rimini**

Inoltre, rispetto alla scala **Likert a 5 punti** degli indicatori NOC, in cui il valore “1” rappresenta la condizione dell’assistito “meno auspicabile” rispetto il risultato atteso ed il valore “5” rappresenta la condizione “più auspicabile” (Moorhead et al., 2013 pp.44-47), i dati permettono di descrivere la differenza tra valore dell’indicatore NOC nella valutazione iniziale e finale.

Nello specifico, considerando tutti gli indicatori NOC utilizzati nello studio, si evidenzia che vi è una differenza positiva tra il valore iniziale e quello finale per il 73,87% dei casi, nessuna differenza per il 23,93% dei casi, una differenza negativa per il 2,20% dei casi; infine non si osservano valori non valutabili (NA).

In particolare, per il 23,93% delle valutazioni degli indicatori NOC delle quali non si osserva nessuna variazione, il 12,99% riguarda il valore 5 della scala Likert; rispetto alla differenza positiva delle valutazioni degli indicatori NOC con un miglioramento di 1 punto (il 37,92% dei casi), il 16,18% riguarda il valore 3 della scala Likert così come, per il 27,66% delle valutazioni delle quali si osserva differenza positiva delle

valutazioni degli indicatori NOC con un miglioramento di 2 punti, il 13,55% riguarda sempre il valore 3 della scala Likert.

Di contro, in merito alla differenza negativa delle valutazioni degli indicatori NOC con un peggioramento di 1 punto (l'1,15% dei casi), lo 0,36% riguarda il valore 5 della scala Likert.

Nella Tabella XXVII sono descritte in maniera esaustiva tutte le differenze individuate tra valore iniziale e finale in relazione ai punti della scala Likert dei 173 indicatori NOC dello studio.

SCALA LIKERT degli indicatori NOC utilizzata per le valutazioni	DIFFERENZA VALORE dei 173 indicatori NOC 2013 tra valore iniziale e valore finale										
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	NA	Totale
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,62%	1,72%	1,64%	3,01%	1,05%	0,00%	10,05%
2	0,00%	0,00%	0,00%	0,23%	3,36%	9,55%	12,48%	4,22%	0,00%	0,00%	29,83%
3	0,00%	0,00%	0,30%	0,27%	3,01%	16,18%	13,55%	0,00%	0,00%	0,00%	33,31%
4	0,00%	0,03%	0,23%	0,29%	1,94%	10,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,96%
5	0,00%	0,08%	0,42%	0,36%	12,99%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	13,85%
<b>Totale</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,11%</b>	<b>0,95%</b>	<b>1,15%</b>	<b>23,93%</b>	<b>37,92%</b>	<b>27,66%</b>	<b>7,23%</b>	<b>1,05%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabella XXVII. Differenza valore degli indicatori NOC in relazione alla scala Likert**

Inoltre, l'analisi statistica disaggregata dei dati della Tabella XXVII permette, nella successiva tabella XVIII, di descrivere la relazione esistente tra le caratteristiche generali di ciascuna persona coinvolta nello studio (età, genere, giorni di degenza, disordini/problemi e medici), i Modelli Gordon disfunzionali, le NANDA-I, i NOC, gli indicatori NOC e i NIC identificati e la differenza tra valore degli indicatori NOC iniziali e finali e i punti della scala Likert.

A titolo esemplificativo, considerando la differenza negativa del valore degli indicatori NOC con un peggioramento di 1 punto in relazione al valore 5 della scala Likert (lo 0,36% dei casi), si osserva che i soggetti interessati sono 7 dei 764 assistiti, di cui 5 maschi e 2 femmine, con disordini medici differenti, per i quali è stato individuato come disfunzionale il Modello 1. *Percezione e gestione della salute*, sono state enunciate le DI NANDA-I cod. 00004 (*Rischio di infezione*) e cod. 01555 (*Rischio di cadute*) e relativi NOC, indicatori NOC e NIC (Tabella XXVIII).

Età	Genere	GG degenza	Disordini/ problemi medici	Modello Gordon	COD. NANDA-I 2012-14	NOC 2013	Indicatori NOC	NIC 2013	DIFFERENZA VALORE indicatore NOC tra valore iniziale e valore finale*		
									I	F	D
82	M	14	lesioni cerebrali traumatiche e da ictus	1	00004	0703	070307	0580	5	4	-1
78	M	14	neoplasia	1	00155	1909	190919	5380	5	4	-1
78	M	54	AOCP e amputazioni arti inferiori	1	00155	1909	190919	5380	5	4	-1
84	M	17	disordini metabolici	1	00004	0703	070307	6540	5	4	-1
76	F	29	disordini cardiologici	1	00004	0703	070307	2440	5	4	-1
82	F	13	AOCP e amputazioni arti inferiori	1	00004	0703	070304	0580	5	4	-1
77	M	31	neoplasia	1	00004	0703	070307	0580	5	4	-1

\* I=valore iniziale; F= valore finale; D= valore differenziale

**Tabella XXVIII. Relazione dei dati del campione con la differenza negativa delle valutazioni degli indicatori NOC con un peggioramento di 1 punto in relazione al valore 5 della scala Likert**

Infine, sempre l'analisi statistica disaggregata dei dati della Tabella XXVII, permette di descrivere la relazione esistente tra i diversi NNN linkages individuati all'interno dello studio e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert.

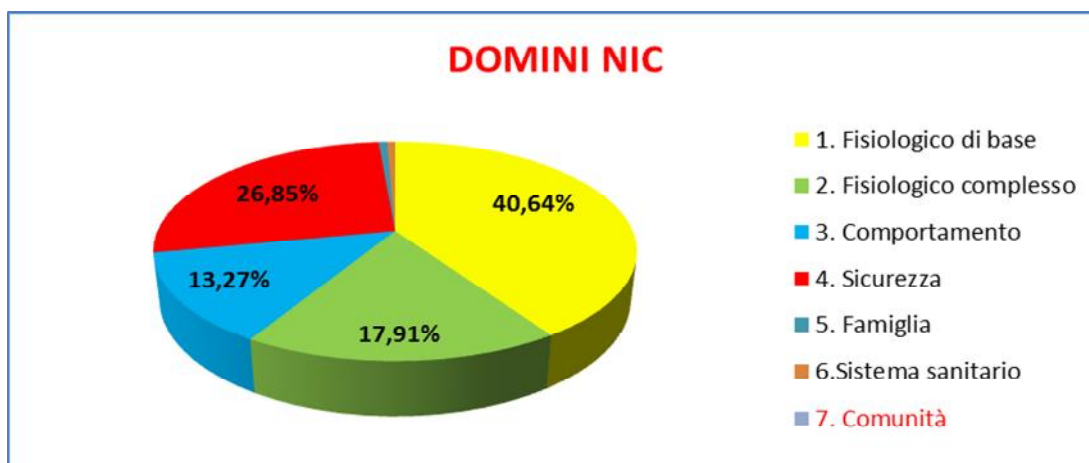
A titolo esemplificativo, considerando il collegamento NNN più frequente individuato presso il PAC di Rimini: *Rischio di cadute (00155)-Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909)-Prevenzione delle cadute (6490)* e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale cod. 190919, *Adotta procedure sicure per gli spostamenti*, e i punti della scala Likert, i dati sottolineano che, nel 54,37% dei casi (ossia, per il 13,93% nessuna differenza, per il 21,57% il miglioramento di 1 punto, per il 14,38% di 2 punti, per il 3,82% di 3 punti, per l'0,67% di 4 punti), la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert per il collegamento NNN descrive un valore 5 della scala Likert, considerata la condizione "più auspicabile".

NNN Linkage tra	SCALA LIKERT indicatori NOC	DIFFERENZA VALORE indicatore NOC Cod. 190919 Adotta procedure sicure per gli spostamenti tra valore iniziale e valore finale										
		-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	NA	Totale
DI NANDA-I: (00155) Rischio di cadute NOC: (1909) Comportamenti di prevenzione delle cadute NIC: (6490) Prevenzione delle cadute	1	0%	0,00%	0,00%	0,00%	3,37%	0,90%	0,45%	0,45%	0,67%	0%	5,84%
	2	0%	0,00%	0,00%	0,00%	4,72%	6,29%	6,29%	3,82%	0,00%	0%	21,12%
	3	0%	0,00%	0,22%	0,22%	1,80%	16,40%	14,38%	0,00%	0,00%	0%	33,03%
	4	0%	0,00%	0,00%	0,00%	3,15%	21,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0%	24,72%
	5	0%	0,45%	0,45%	0,45%	13,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0%	15,28%
<b>Totale</b>		0%	0,45%	0,67%	0,67%	26,97%	45,17%	21,12%	4,27%	0,67%	0%	100%

**Tabella XXIX. Relazione tra NNN linkage e la differenza del valore NOC tra valore iniziale e finale**

### ***Principali interventi infermieristici NIC pianificati e attuati***

Nello studio, sono stati individuati **126** diversi **NIC**, su un totale di **554** (edizione 2013); i dati evidenziano che il dominio NIC maggiormente indagato è l'**1.Fisiologico di base** (40,64%), a seguire il **4.Sicurezza** (26,85%), il **2.Fisiologico complesso** (26,85%), il **3.Comportamento** (13,27%), il **5. Famiglia** (0,69%) ed, infine, il **6. Sistema sanitario** (0,63%). Non è stato indagato il dominio **7.Comunità** (Figura 10) (etichetta in rosso del domino *non* indagato).



**Figura 10. Principali domini NIC individuati nel PAC di Rimini**

I **10 principali NIC** individuati rappresentano il **57,77%** dei NIC utilizzati (Tabella XXX); nello specifico, i dati mettono in luce che, rispetto il dominio **1.Fisiologico di base** maggiormente indagato nei PAI, i NIC più rappresentativi sono:

- Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221) n=413
- Gestione dell'energia (0180) n=335
- Promozione dell'attività fisica: allenamento alla resistenza (0201) n=273
- Assistenza nella cura di sé (1800) n=194

A seguire il dominio **4.Sicurezza**, i cui NIC rappresentativi sono:

- Prevenzione delle cadute (6490) n=728
- Controllo delle infezioni (6540) n=378
- Protezione dalle infezioni (6550) n=353

Quindi, il dominio **2.Fisiologico complesso**, i cui NIC rappresentativi sono:

- Sorveglianza della cute (3590) n=252
- Cura della ferita (3660) n=228

Mentre, il dominio **3.Comportamento**, il cui NIC maggiormente rappresentativo è:

- Miglioramento della sicurezza (5380) n=680

N.	Dominio	Classe	NIC (2013)	N.	%
1.	DOMINIO 4 Sicurezza	Classe V: Gestione dei rischi	Prevenzione delle cadute (6490)	728	10,97%
2.	DOMINIO 3 Comportamento	Classe R: Assistenza nel coping	Miglioramento della sicurezza (5380)	680	10,25%
3.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe A: Gestione dell'attività e dell'esercizio fisico	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)	413	6,22%
4.	DOMINIO 4 Sicurezza	Classe V: Gestione dei rischi	Controllo delle infezioni (6540)	378	5,70%
5.	DOMINIO 4 Sicurezza	Classe V: Gestione dei rischi	Protezione dalle infezioni (6550)	353	5,32%
6.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe A: Gestione dell'attività e dell'esercizio fisico	Gestione dell'energia (0180)	335	5,05%
7.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe A: Gestione dell'attività e dell'esercizio fisico	Promozione dell'attività fisica: allenamento alla resistenza (0201)	273	4,11%
8.	DOMINIO 2 Fisiologico complesso	Classe L: Gestione della cute/delle ferite	Sorveglianza della cute (3590)	252	3,80%
9.	DOMINIO 2 Fisiologico complesso	Classe L: Gestione della cute/delle ferite	Cura della ferita (3660)	228	3,44%
10.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe F: Facilitazione della cura di sé	Assistenza nella cura di sé (1800)	194	2,92%

**Tabella XXX. 10 principali NIC utilizzati nell'U.O. Post Acuti di Rimini**

***Principali collegamenti NANDA-I, NOC e NIC: NNN linkages***

Lo studio ha analizzato i **10 più frequenti NNN linkages**, utilizzati nel PAC di Rimini (Tabella XXXI); in particolare la DI NANDA-I *Rischio di cadute* (00155) si collega al NOC *Comportamenti di prevenzione delle cadute* (1909) ed al NIC *Prevenzione delle cadute* (6490) **n=678**, mentre al NIC *Miglioramento della sicurezza* (5380) **n=634**.

Mentre, la DI NANDA-I *Compromissione della deambulazione* (00088) si collega al NOC *Deambulazione* (0200) e, rispettivamente, al NIC *Esercizio fisico terapeutico: deambulazione* (0221) **n=356**, al NIC *Gestione dell'energia* (0180) **n=216** ed al NIC *Promozione dell'attività fisica: allenamento alla resistenza* (0201) **n=154**.



Inoltre, la DI NANDA-I *Rischio di infezione* (00004) si collega al NOC *Gravità della infezione* (0703) e, rispettivamente, al NIC *Controllo delle infezioni* (6540) **n=293**, al NIC *Protezione dalle infezioni* (6550) **n=275** ed al NIC *Cateterismo vescicale* (0580) **n=141**. Mentre, la DI NANDA-I *Dolore acuto* (00132) si collega al NOC *Controllo del dolore* (1605) ed al NIC *Gestione del dolore* (1400) **n=154**.

Infine, la DI NANDA-I *Compromissione della mobilità* (00085) si collega al NOC *Mobilità* (0208) al NIC *Posizionamento* (0840) **n=117**.

<b>Diagnosi NANDA-I (2012-2014)</b>	<b>NOC (2013)</b>	<b>NIC (2013)</b>	<b>n.</b>
Rischio di cadute (00155)	Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909)	Prevenzione delle cadute (6490)	<b>678</b>
		Miglioramento della sicurezza (5380)	<b>634</b>
Compromissione della deambulazione (00088)	Deambulazione (0200)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)	<b>356</b>
		Gestione dell'energia (0180)	<b>216</b>
		Promozione dell'attività fisica: allenamento alla resistenza (0201)	<b>154</b>
Rischio di infezione (00004)	Gravità dell'infezione (0703)	Controllo delle infezioni (6540)	<b>293</b>
		Protezione dalle infezioni (6550)	<b>275</b>
		Cateterismo vescicale (0580)	<b>141</b>
Dolore acuto (00132)	Controllo del dolore (1605)	Gestione del dolore (1400)	<b>154</b>
Compromissione della mobilità (00085)	Mobilità (0208)	Posizionamento (0840)	<b>117</b>

**Tabella XXXI. I 10 Principali collegamenti NNN**

### 5.2.3 Discussione

I dati dello studio evidenziano che i 5 principali Disordini/problemi medici dei **764 assistiti** ricoverati al PAC di Rimini sono di natura Cerebrale, traumatica e correlata ad ictus (n=1326), Neoplasie (n=858), Fratture e traumi (n=842), AOCP e Amputazioni arti inferiori (n=706) e Disordini/problemi cardiologici (n=631).

L'età media del campione è di 74,36 anni con una percentuale del 57,59 di maschi e una degenza media 18 giorni.

Il confronto dei dati dell'età e della degenza media del campione coinvolto nello studio con i dati riportati dalla Direzione Infermieristica nella descrizione del progetto di adozione del Modello GNNN evidenzia che l'età media è pressoché rimasta invariata nel corso dei cinque anni (74 anni nel 2012-avvio del progetto); mentre le giornate di degenza media sono progressivamente diminuite, da 28,6 nel 2012 a 18 giornate nel periodo considerato nello studio (gennaio 2015- ottobre 2016).

Rispetto alle diverse UU.OO di provenienza, i dati dello studio mettono in luce che il 43% delle persone sono state dimesse dall'area medica (Medicina e Medicina 2), il 25% dalla Medicina d'Urgenza ed il 9% dalla Chirurgia Vascolare; dati in linea con i dati storici del report descrittivo del progetto.

In merito all'assistenza infermieristica, i risultati mettono in luce che gli infermieri del Post Acuti di Rimini per valutare i bisogni di salute della persona, nella prima delle sei fasi del PAI, hanno utilizzato, come struttura concettuale, gli 11 Modelli Funzionali della Salute di M. Gordon.

La letteratura evidenzia come i modelli teorici siano una struttura di base sviluppata per organizzare una serie di concetti incentrati su un particolare insieme di quesiti (Meleis, 2013 pp. 24-27); inoltre, la Gordon mette in luce come la descrizione e la valutazione dei modelli della salute consentano agli infermieri di identificare i modelli funzionali (punti di forza) ed i modelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche) dell'assistito (Gordon, 2009 pp.91-105).

I principali modelli disfunzionali indagati sono **l'1.Percezione e gestione della salute (38,87%), il 4.Attività ed esercizio fisico (31,25%), il 2.Nutrizione e metabolismo (20,79%)**; i dati evidenziano che questi 3 principali Modelli disfunzionali rappresentano il **90,91 % del totale** dei Modelli individuati come disfunzionali.

Ai fini dello studio osservazionale, i dati raccolti nella "*Valutazione infermieristica iniziale*", utilizzando il Modello teorico di Gordon, sono stati ricondotti al sistema

Tassonomico della NANDA-I per cui per ogni Modello Funzionale della Salute sono state individuate le DI NANDA-I correlate presenti nell'edizione del testo del 2012-2014 (Herdman, 2012). Rispetto le DI NANDA-I enunciate, i principali domini della tassonomia II NANDA-I identificati sono **l'11.Sicurezza/Protezione (54,11%), il 4.Attività/Riposo (30,72%)**, insieme rappresentano **l'84,83% del totale** dei domini interessati. I risultati evidenziano che sono state enunciate **59** diverse diagnosi NANDA-I su un totale di **216 diagnosi NANDA-I** a disposizione (edizione 2012-2014); le 10 principali rappresentano l'84,5% del totale delle DI individuate.

Le DI più frequenti sono *Rischio di cadute* (cod. 00155), *Rischio di infezione* (00004) e *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046), nonché *Compromissione della deambulazione* (00088) e *Compromissione della mobilità* (00085).

La DI *Rischio di cadute* (cod. 00155) si ritrova come diagnosi indagata con elevata frequenza, anche negli studi di Scherb et al. (2011) e di Silva et al. (2017), a testimonianza dell'attenzione dei professionisti per un aspetto molto importante della presa in cura della persona, la sicurezza.

In linea con le DI NANDA-I enunciate, i principali NOC sono *Comportamenti di prevenzione delle cadute* (1909); *Gravità dell'infezione* (0703) e *Integrità tissutale: cute e mucose* (1101), nonché *Deambulazione* (0200) e *Mobilità* (0208).

Inoltre, i dati hanno permesso di descrivere la differenza tra valore de NOC nella valutazione iniziale e finale, utilizzando la scala Likert a 5 punti degli indicatori NOC, mettendo in luce che vi è una differenza positiva tra il valore finale e quello iniziale per il 73,87% dei casi, nessuna differenza per il 23,93% dei casi ed infine una differenza negativa per il 2,20% dei casi. Ancora, i dati consentono di evidenziare la relazione esistente tra le caratteristiche generali di ciascuna persona coinvolta nello studio (età, genere, giorni di degenza, disordini/problemi e medici), i Modelli Gordon disfunzionali, le NANDA-I, i NOC, gli indicatori NOC e i NIC identificati e la differenza tra valore degli indicatori NOC iniziali e finali e i punti della scala Likert, nonché di descrivere la relazione esistente tra i diversi NNN linkages individuati all'interno dello studio e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert.

Inoltre, rispetto gli interventi NIC individuati, i dati mettono in luce che il NIC principale è *Prevenzione delle cadute* (6490) a seguire *Miglioramento della sicurezza* (5380) ed infine *Esercizio fisico terapeutico: deambulazione* (0221) e *Gestione dell'energia* (0180).

Ulteriormente, lo studio evidenzia i 10 più frequenti *NNN linkages* utilizzati per gli assistiti ricoverati nel PAC di Rimini; di questi, la DI *Rischio di cadute* (00155), si collega più frequentemente con il NOC *Comportamenti di prevenzione delle cadute* (1909) ed con i NIC *Prevenzione delle cadute* (6490) e *Miglioramento della sicurezza* (5380).

La DI NANDA-I *Compromissione della deambulazione* (00088) si collega più frequentemente con il NOC *Deambulazione* (0200) e con i NIC *Esercizio fisico terapeutico: deambulazione* (0221) e *Gestione dell'energia* (0180).

Mentre, per la DI NANDA-I *Rischio di infezione* (00004), i linkages più frequenti sono con il NOC *Gravità della infezione* (0703) e con i NIC *Controllo delle infezioni* (6540) e *Protezione dalle infezioni* (6550); questo *NNN linkage* è presente in maniera trasversale in altri studi effettuati in diversi setting assistenziali (area medica, chirurgica e critica) ed è strettamente correlato a tutta una serie di attività assistenziali invasive, a deficit alimentari ed immunitari, nonché ad una riduzione o compromissione dell'integrità cutanea (D'Agostino, 2017).

Infine, per la DI NANDA-I *Dolore acuto* (00132) i collegamenti più frequenti son col NOC *Controllo del dolore* (1605) e col NIC *Gestione del dolore* (1400); questo linkare è proposto anche dalla letteratura (Johnson, 2014) e da alcuni studi (Head et al., 2011; Park, 2013 e Silva et al., 2017).

## **6. STUDIO REPROSPETTIVO PRESSO IL CENTRO SERVIZI “CASA BEATA GAETANA STERNI” DI BASSANO DEL GRAPPA (VI)**

L'esperienza di ricerca presso Centro Servizi "Casa Beata Gaetana Sterni" di Bassano del Grappa (VI), condotta nell'aa 2016-2017, rappresenta la seconda opportunità di osservare la pratica clinica assistenziali in linea con l'obiettivo del progetto di ricerca. La realizzazione dello studio è stata possibile grazie all'autorizzazione e collaborazione della Congregazione delle Suore della Divina Volontà e della Cooperativa Servizi Sociali "La Goccia", nonché dell'equipe infermieristica e dell'Infermiera Coordinatrice del Centro Servizi, la quale ha coordinato il progetto di implementazione delle tassonomie NNN e lo ha descritto in maniera particolareggiata negli atti dei convegni NNN in collaborazione con il Responsabile delle Risorse Umane della Cooperativa "La Goccia" (Rigon e Santin, 2016, pp. 261-272).

Una breve presentazione del Servizio e delle diverse fasi del progetto pluriennale sono elementi imprescindibili per comprendere la complessità dell'innovazione e del cambiamento.

Il Centro Servizi per anziani "Casa Beata Gaetana Sterni" è nato nel 1968 a Bassano del Grappa come struttura per anziani soli autosufficienti; nei primi anni tutti i servizi erano gestiti dalla Congregazione delle Suore della Divina Volontà, quale ente titolare e proprietario, ma, nel tempo, visto che i residenti nella struttura iniziavano a manifestare problemi di salute, a esprimere la necessità di cure assistenziali continue, la Comunità religiosa delle Suore ha deciso di affidare i servizi socio-sanitari ad una cooperativa di infermieri a partire dal 2012. L'equipe multiprofessionale è costituita da 1 Infermiera Coordinatrice, 8 Infermieri, 30 Operatori Socio Sanitari, 3 fisioterapisti, 1 psicologo, 1 assistente sociale e 1 logopedista, 1 educatore professionale.

La struttura è organizzata su 2 palazzine per un totale di 5 piani; ogni piano accoglie circa 15 ospiti per un totale di **79 ospiti**, di cui **73 residenti e 6 ospiti in regime di ricovero temporaneo** .

## **6.1 Principali fasi del progetto di implementazione dell'assistenza personalizzata con adozione del Primary Nursing e del PAI con modello Gordon e Tassonomie NNN presso il Centro Servizi "Casa Beata Gaetana Sterni" di Bassano del Grappa**

Il progetto di implementazione del primary nursing e del PAI con il modello teorico Gordon e le tassonomie NNN presso il Centro Servizi ha avuto origine tra il 2012 e il 2013, con obiettivo primario di garantire alla persona assistita personalizzate e di rendere consapevole l'infermiere del suo ruolo professionale nonché della sua responsabilità all'interno di un'equipe multiprofessionale.

Per la sperimentazione e per la realizzazione dell'intero progetto è stata chiesta ed ottenuta l'autorizzazione con:

- licenza d'uso di CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano per l'utilizzo delle tassonomie nei piani di assistenza;
- licenza d'uso di FA: Formazione in Agorà, Padova per la riproduzione della cartella infermieristica

Di seguito sono descritte le principali fasi.

### **1. Anno 2012**

#### **Analisi organizzativa e rilevazione criticità e punti di miglioramento**

Analisi organizzativa e rilevazione criticità e punti di miglioramento rispetto al modello assistenziale infermieristico funzionale ed all'assegnazione degli Operatori Socio Sanitari (OSS) in maniera indifferente in ciascuno dei piani del proprio blocco e la mancanza di documentazione sanitaria integrata nella quale fossero registrati i risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica e all'assistenza di tutti i professionisti del team multiprofessionale.

Rispetto queste considerazioni, la Direzione della Cooperativa la Goccia in sinergia con la Congregazione delle Suore della Divina Volontà ha pianificato il progetto di innovazione e miglioramento, strutturando un tempogramma annuale delle diverse fasi al fine di guidare con autorevolezza il processo in tutti i diversi step ed di monitorare e misurare eventuali scostamenti rispetto i risultati attesi pianificati.

## **2. Anno 2013**

### **Inizio formazione e analisi del clima organizzativo**

Nell'anno 2013 è iniziata la fase di formazione con consulente esterno esperto in merito all'assistenza personalizzata con l'adozione del Primary Nursing e del Processo di Assistenza Infermieristico (PAI) del modello teorico infermieristico di Gordon e delle tassonomie NNN, che ha interessato prevalentemente l'Infermiera Coordinatrice del Centro Servizi.

Parallelamente, all'interno della struttura residenziale per anziani è stata effettuata un'indagine in merito al *Benessere Organizzativo Percepito*, che ha evidenziato una bassa percezione delle possibilità di sviluppo personale sul lavoro e una bassa fiducia nelle proprie capacità professionali; inoltre, i professionisti hanno espresso un forte carico di stress correlato al lavoro e hanno manifestato delle difficoltà psicologiche legate al contesto organizzativo.

## **3. Anno 2014**

### **Predisposizione strumenti operativi**

Nel 2014, in linea con la formazione continua in merito al Primary Nursing e al Processo di Assistenza Infermieristico (PAI) con modello teorico infermieristico di Gordon e tassonomie NNN, è stata predisposta una cartella integrata, composta da 12 pagine con raccolta dati anagrafici, narrazione, accertamento infermieristico secondo gli 11 modelli funzionali di M. Gordon e pianificazione assistenziale infermieristica con le tassonomie NNN; nonché schede di colore diverso per ogni professionista (azzurre per il fisioterapista, rosa per la logopedista, gialla per la psicologa, fucsia per l'educatrice, verde per l'assistente sociale) ed un diario clinico, con pagine numerate progressivamente dove ogni professionista scrive le note importanti relative all'ospite da comunicare al gruppo di professionisti.

## **4. Anno 2015**

### **Realizzazione del progetto con temporizzazione delle singole attività**

La Direzione strategica ha formalizzato le diverse fasi del progetto che ha coinvolto dei 73 ospiti residenziali, con l'esclusione delle 6 persone con breve ricovero di sollievo, ed ha stilato una dettagliata temporizzazione delle attività programmate per tutto l'anno 2015, garantendo sia la formazione teorica del personale che la sperimentazione nella

pratica clinica dell'adozione del Primary Nursing e della pianificazione assistenziale infermieristica con il modello teorico Gordon e le tassonomie NNN.

Nel corso del 2015, inoltre è stato avviato un processo di valutazione del personale da con la definizione di un "Cruscotto organizzativo" come strumento di controllo organizzativo per tracciare per riorganizzare i gruppi di lavoro.

Durante la fase di monitoraggio e nella verifica effettuata ai primi giorni del 2016, la Direzione del progetto ha evidenziato che, all'interno dei piani assistenziali infermieristici dei 73 ospiti presenti nel Centro Servizi, gli infermieri hanno enunciato 168 DI NANDA-I di cui 52 ancora in corso al 31 dicembre 2015, hanno pianificato 103 NOC raggiunti e 13 NOC non raggiunti e 578 NIC e 1101 attività.

Su un totale di 168 NANDA-I, 108 erano NANDA-I attuali, 58 NANDA-I di rischio e 2 NANDA-I di promozione della salute.

## **5. Anno 2016**

### **Consolidare e rafforzare le conoscenze metodologiche**

La Direzione strategica del progetto si è dedicata a consolidare e rafforzare le conoscenze metodologiche in merito al processo assistenziale a 6 fasi con la valutazione iniziale globale con modello teorico di M. Gordon e le tassonomie NNN, sviluppare piani assistenziali personalizzati attenti ai desiderata della persona, ai bisogni di salute con particolare cura per gli aspetti psicologici, relazionali e sociali, nonché di monitorare il modello organizzativo introdotto con eventuali interventi necessari di adeguamento.

## **6. anno 2017**

### **Progetto di miglioramento ed approfondimento dell'assistere con cura**

La Direzione, capitalizzati i risultati ottenuti, si è dedicata ad un progetto di miglioramento e supervisione sull'adozione a regime del Primary Nursing e della pianificazione assistenziale infermieristica con modello teorico infermieristico Gordon e tassonomie NNN.



## 6.2 Studio retrospettivo presso il Centro Servizi "Casa Beata Gaetana Sterni" di Bassano del Grappa (VI)

Il contesto organizzativo del Centro Servizi Casa Sterni, grazie all'adozione del PAI con il Modello Gordon e le Tassonomie NNN ed alla presenza di una documentazione sanitaria che tracciava in maniera esaustiva l'assistenza infermieristica e garantiva l'attendibilità dei dati, hanno costituito il setting ideale per effettuare il secondo studio nella pratica clinica, in linea con il filone di ricerca del Dottorato di descrivere l'assistenza infermieristica, individuando nello specifico:

- i principali Modelli Funzionali della Salute di Gordon
- le principali diagnosi NANDA-I
- i principali risultati di salute NOC
- i principali interventi infermieristici NIC
- i principali collegamenti NNN

### 6.2.1 Materiali e metodi

La documentazione sanitaria infermieristica cartacea del Centro Servizi di Casa Sterni, comprende una **prima sezione** dedicata alla narrazione e all' "*Accertamento infermieristico all'ingresso*" con gli 11 Modelli Funzionali di Gordon.

Ogni modello comprende:

- una breve definizione del modello, una parte dedicata all'accertamento della persona, una alle manifestazioni (segni, sintomi, comportamenti, verbalizzazioni) (Gordon, 2009, pp. 106-136)

Una **seconda sezione** dedicata allo sviluppo del PAI con le tassonomie NNN, che comprende:

- uno spazio libero per segnare il Modello Gordon individuato come disfunzionale
- uno spazio libero per inserire il codice e titolo della diagnosi NANDA-I e gli "*indicatori diagnostici*", ossia caratteristiche definenti, fattori correlati o fattori di rischio (Herdman, 2015 pp. 23-24).
- uno spazio libero per inserire il codice e titolo del NOC e dell'indicatore NOC; per l'indicatore NOC è previsto uno spazio per segnare la giornata della valutazione e il valore della scala Likert a 5 punti individuato (Moorhead et al., 2013 pp.44-47).
- uno spazio libero per inserire il codice e titolo del NIC scelto e le attività con

indicato la/le rispettiva/e figura/e professionale/ che le hanno attuate.

Questa seconda sezione del PAI non presenta alcun elenco preconstituito di NANDA-I, NOC e NIC correlati ai Modelli di Gordon. La compilazione della documentazione relativa al PAI è effettuata dall'infermiere clinico referente per quell'ospite secondo il modello organizzativo-assistenziale del Primary Nursing .

Ai fini dello studio, la raccolta dei dati è stata effettuata consultando la documentazione infermieristica di tutte le persone arruolate nello studio e nello specifico analizzando i piani assistenziali infermieristici cartacei (PAI) strutturati e compilati dal personale infermieristico. Ai fini della tabulazione dei dati è stato strutturato un database, foglio di calcolo Excel (Microsoft®), con accesso regolamentato da username e password.

Il database strutturato prevedeva degli **items generali**: ID dell'assistito, età, genere, provenienza(casa, ospedale altre strutture), giornate totali di degenza e degli **items specifici in merito al PAI**, quali il numero del Modello di Gordon disfunzionale, codice della diagnosi NANDA-I enunciata, codice del risultato NOC e relativo indicatore, con valore iniziale e finale del NOC stesso, codice dell'intervento NIC selezionato ed etichetta identificativa per indicare quale professionista della salute aveva attuato il NIC pianificato. I dati sono stati trattati solo ed esclusivamente in forma anonima e analizzati in maniera aggregata, tale da rendere impossibile la tracciabilità dei singoli individui e dei gruppi stessi che partecipavano allo studio.

- **Gordon M.** (2008) *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Herdman, T.H. & Kamitsuru, S.** (a cura di). (2015). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2015-2017*. ed. it. a cura di L.A. Rigon, (2015) CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Moorhead S.** et al. (2013) *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Bulechek G.M.** et al (2013) *Classificazione degli interventi infermieristici NIC*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- **Johnson M.** et. al. (2014) *Collegamenti NANDA con NOC e NIC". Sostenere il ragionamento diagnostico e la qualità dell'assistenza* ; ed. it. a cura di L.A. Rigon, O. Meneghetti CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano

## 6.2.2 Risultati

Lo studio osservazionale retrospettivo è stato condotto analizzando i PAI strutturati con Modello Gordon e tassonomie NNN degli ospiti presso il Centro Servizi “Casa Beata Gaetana Sterni” dal 01 gennaio 2016 al 30 agosto 2017.

### *Descrizione del campione*

I principali risultati evidenziano che, dei **69 assistiti**, sono 2 di sesso maschile e 67 di sesso femminile; con un età media di 90 anni ed un'età minima, rispettivamente di 78 e di 66 anni. (Tabella XXXII). Sono stati esclusi dallo studio 10 ospiti dei 79 ospiti residenti nel Centro Servizi, per i quali gli infermieri non hanno strutturato un PAI completo.

La degenza media presso la struttura degli ospiti è di circa 8 anni.

GENERE	TOTALE OSPITI	ETA' MIN	ETA' MAX	ETA' MEDIA	DS ETA'
M	2	78	102	90	17,16
F	67	66	100	90	6,01
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>102</b>	<b>90</b>	<b>6,28</b>

Tabella XXXII. Descrizione del campione coinvolto nello studio

Dei 69 ospiti coinvolti nello studio, 51 provengono dal domicilio, 11 sono stati dimessi dall'ospedale e trasferiti direttamente presso il Centro Servizi Casa Sterni e 7 da altre strutture residenziali (Tabella XXXIII).

GENERE	ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI	DOMICILIO	DIMESSO DA OSPEDALE	TOTALE
M	0	1	1	2
F	7	50	10	67
<b>TOTALE</b>	<b>7</b>	<b>51</b>	<b>11</b>	<b>69</b>

Tabella XXXIII. Descrizione della provenienza del campione

Gli ospiti sono classificati con diversi profili di autonomia (possibili 17 profili con profilo 1 autonomia e profilo 17 totale dipendenza) in relazione alla varietà dei bisogni di salute espressi, secondo la scheda di valutazione multidisciplinare SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane) della Regione

del Veneto. Nella Tabella XXXIV è descritta la suddivisione degli ospiti all'interno della struttura nei piani con relativo profilo SVAMA.

N°	Profili SVAMA	1° PIANO	2° PIANO	3° PIANO	4° PIANO	5° PIANO	Totale
17	Problemi comportamentali gravi e dipendente	4	6	1	3	4	18
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	3			2	3	8
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie				1	1	2
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie						
13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie						
12	Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie						
11	Confuso, stuporoso, totalmente dipendente	3	3	5	2	4	17
10	Combinazione puramente casuale, non presente nella realtà						
09	Confuso, allettato	2	1	1			4
08	Confuso, deambula assistito		3		1	1	5
07	Confuso deambulante	2	1			1	4
06	Confuso, deambulante, autonomo		1				1
05	Lucido, gravemente dipendente		1	3			4
04	Lucido, non deambulante ma autonomo						
03	Lucido, deambula assistito				1		1
02	Lucido, in parte dipendente			1		1	2
01	Lucido, autonomo			2	1		3
<b>Totale</b>		<b>14</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>69</b>

**Tabella XXXIV. SVAMA degli ospiti del Centro Servizi Casa Serni**

### ***Modelli disfunzionali di M. Gordon***

Gli infermieri del Centro Servizi Casa Serni, per la rilevazione dei bisogni assistenziali, nella prima delle 6 fasi del processo assistenziale infermieristico, hanno utilizzato come modello teorico di riferimento gli **11 Modelli Funzionali della Salute di M. Gordon**. L'analisi dei dati evidenzia che i principali modelli disfunzionali sono il Modello 2. *Nutrizione e metabolismo* n= 55 volte (33,54%), il Modello 6. *Cognitivo e percettivo* n=29 volte (17,68%) ed il Modello 1. *Percezione e gestione della salute* n= 22 volte (13,41%). Questi 3 modelli (2-6-1), complessivamente, rappresentano il 64,63% dei Modelli riconosciuti come disfunzionali.

Di contro, sono stati meno indagato i Modelli 3. *Eliminazione* e 4. *Attività ed esercizio fisico* n=19 volte (11,59%), il Modello 7. *Percezione di sé-concetto di sé* n=10 volte (6,10%), i Modelli 5. *Riposo e sonno* e 8. *Ruolo e relazioni* n=4 volte (2,44%); ed il Modello 10. *Coping e tolleranza allo stress* n= 2 volte (1,22%).

Infine, gli infermieri sembrano non aver evidenziato delle disfunzionalità nei Modelli 9. *Sessualità e riproduzione* ed 11. *Valori e Convinzioni*. (Tabella XXXV).

MODELLI GORDON DISFUNZIONALI	N. DI NANDA-I 2015-17 ENUNCIATE	%
1. Percezione e gestione della salute	22	13,41%
2. Nutrizione e metabolismo	55	33,54%
3. Eliminazione	19	11,59%
4. Attività ed esercizio fisico	19	11,59%
5. Riposo e sonno	4	2,44%
6. Cognitivo e percettivo	29	17,68%
7. Percezione di sé-concetto di sé	10	6,10%
8. Ruolo e relazioni	4	2,44%
9. Sessualità e riproduzione	0	0%
10. Coping e tolleranza allo stress	2	1,22%
11. Valori e Convinzioni	0	0%
<b>TOTALE</b>	<b>164</b>	<b>100,00%</b>

Tabella XXXV. Modelli di Gordon disfunzionali

Inoltre, i dati, raccolti nella “*Valutazione infermieristica iniziale*”, utilizzando il Modello di Gordon, sono stati ricondotti all’interno del sistema Tassonomico NANDA-I al fine di poter comparare i risultati ottenuti con gli studi e la letteratura internazionale; infatti, come si può osservare nella Tabella XXXVI, ciascun codice identificativo delle DI NANDA-I è stato messo in relazione con il Modello di Gordon riconosciuto come disfunzionale.

I dati mettono in luce che, rispetto i 3 principali Modelli di Gordon riconosciuti come disfunzionali (2-6-1), le 10 principali DI NANDA-I enunciate sono: *Rischio di cadute* (00155), *Integrità cutanea compromessa* (00046), *Ansia* (00146), *Stipsi* (00011), *Rischio di aspirazione* (00039), *Dolore cronico* (00133), *Rischio di volume di liquidi insufficiente* (00028), *Confusione mentale cronica* (00129), *Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico* (00002) e *Rischio di integrità cutanea compromessa* (00047).

CODICE DI NANDA-I (2015-2017)	MODELLI DISFUNZIONALI DI M. GORDON											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTALE
155	15											15
46		13										13
146							8					8
11			8									8
39		8										8
133						7						7
28		7										7
129						6						6
2		6										6
47		6										6
88				5								5
132						5						5
103		5										5
15			4									4
108				4								4
1		3										3
173						3						3
13			3									3
198					3							3
85				3								3
99	3											3
69										2		2
32				2								2
128						2						2
44		2										2
234		2										2
14			2									2
162	2											2
109				2								2
214						2						2
63								1				1
183						1						1
118						1						1
93				1								1
196			1									1
27		1										1
249		1										1
95					1							1
79	1											1
241							1					1
188	1											1

CODICE DI NANDA-I (2015-2017)	MODELLI DISFUNZIONALI DI M. GORDON											TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
16			1									1
119							1					1
136								1				1
51						1						1
237				1								1
52								1				1
248		1										1
53						1						1
135								1				1
102				1								1
<b>TOTALE</b>	<b>22</b>	<b>55</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>164</b>

**Tabella XXXVI. Modelli disfunzionali di Gordon in correlazione con le DI NANDA-I**

### ***Principali diagnosi NANDA-I identificate***

I risultati evidenziano che sono state enunciate **164** diverse diagnosi NANDA-I su un totale di **235** diagnosi NANDA-I a disposizione (edizione 2015-2017); di queste, **114** sono **Diagnosi focalizzate su un problema di salute attuale (*problem-focused*)**, **46** **Diagnosi di rischio** e **3** **Diagnosi di promozione della salute**.

Rispetto i 13 domini NANDA-I, i dati sottolineano che il dominio maggiormente indagato è l'**11.Sicurezza e protezione** (29,27%), a seguire il **4.Attività/Riposo** (15,85%), **3.Eliminazione e scambi** (14,02%), il **2.Nutrizione** (10,37%), il **12.Benessere** (9,76%), il **5.Percezione/Cognizione** (8,54%), il **9.Coping/Tolleranza allo stress** (7,93%), l'**1.Promozione della salute** (3,05%), il **6.Autopercezione** (1,22%), il **7.Ruoli e relazioni** (1,22%) ed il. Non sono stati indagati i domini **8.Sessualità**, **10.Principi di vita** ed il **13.Crescita/Sviluppo**.

I tre domini NANDA-I maggiormente indagati (11-4-3), complessivamente, rappresentano il 59,15% del totale dei domini indagati (Figura 11) (etichetta in rosso dei due modelli *non disfunzionali*).

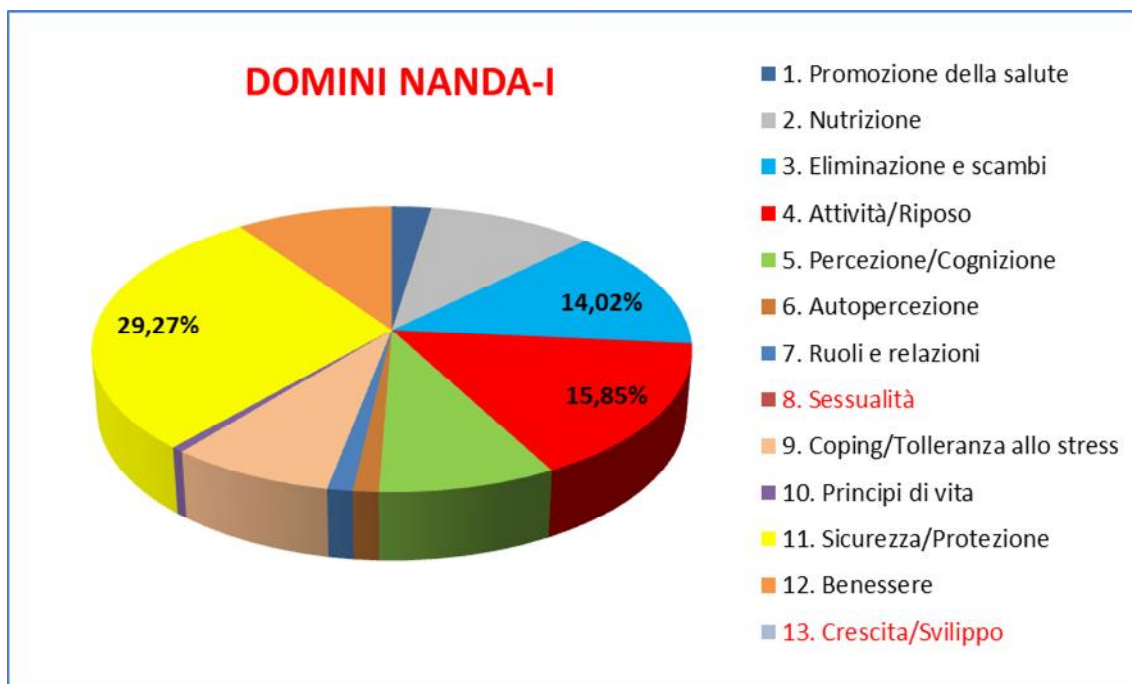


Figura 11. Principali domini NANDA-I individuati presso il Centro Servizi Casa Sterni

Le **10 principali diagnosi NANDA-I** individuate rappresentano l'**54,27%** (n=89 su 164 totali) delle DI NANDA-I utilizzate (Tabella XXXVII). nello specifico, i dati mettono in luce che, rispetto il dominio **11.Sicurezza/Protezione** maggiormente indagato, le DI NANDA-I più rappresentative sono:

- Rischio di cadute (00155) n=15
- Compromissione dell'integrità cutanea (00046) n=13
- Rischio di aspirazione (00039) n=8
- Rischio di integrità cutanea compromessa (00047) n=6

N.	Dominio	Classe	Diagnosi NANDA-I (2015-2017)	N.	%
1.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Rischio di cadute (00155)	15	9,15%
2.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	13	7,93%
3.	DOMINIO 9 Coping/Tolleranza allo stress	Classe 2: Risposte di coping	Ansia (00146)	8	4,88%
4.	DOMINIO 3 Eliminazione e scambi	Classe 2: Funzione gastrointestinale	Stipsi (00011)	8	4,88%
5.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Rischio di aspirazione (00039)	8	4,88%
6.	DOMINIO 12	Classe 1:	Dolore cronico	7	4,27%

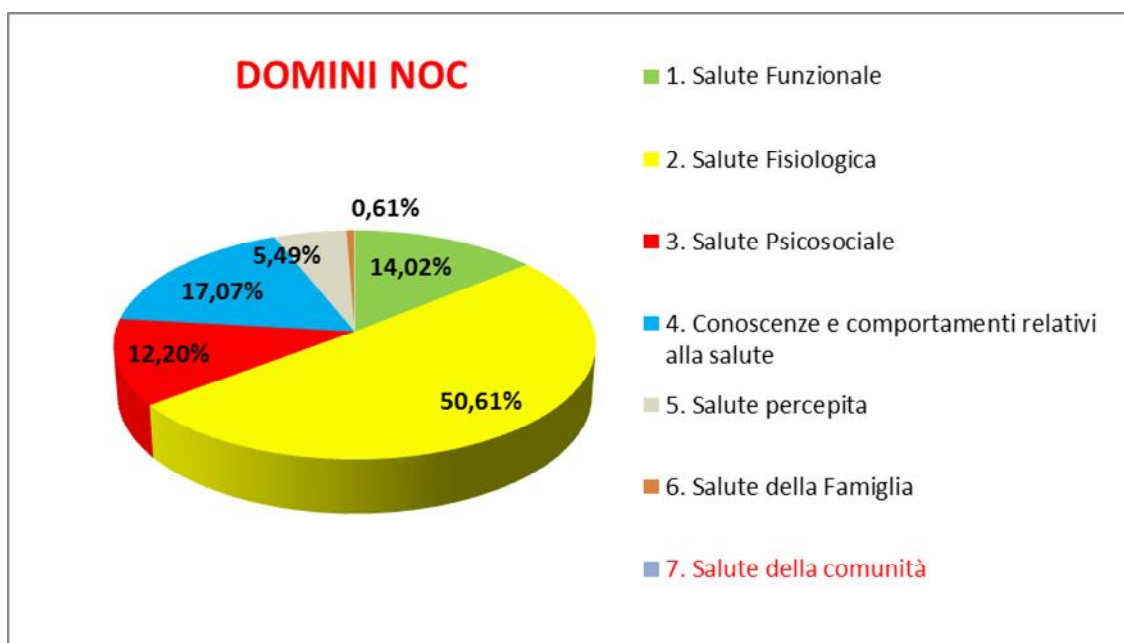


	Benessere	Benessere fisico	(00133)		
7.	DOMINIO 2 Nutrizione	Classe 5: Idratazione	Rischio di volume di liquidi insufficiente (00028)	7	4,27%
8.	DOMINIO 5 Percezione cognitiva	Classe : Funzione cognitiva	Confusione mentale cronica (00129)	6	3,66%
9.	DOMINIO 11 Sicurezza/Protezione	Classe 2: Lesioni fisiche	Rischio di integrità cutanea compromessa (00047)	6	3,66%
10.	DOMINIO 2 Nutrizione	Classe 1: Ingestione	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002)	6	3,66%

**Tabella XXXVII. Le 10 principali DI NANDA-I utilizzate nel Centro Servizi Casa Sterni**

### *Principali risultati di salute NOC pianificati*

Nello studio, sono stati individuati **66** diversi NOC su un totale **di 490** a disposizione (edizione 2013) e **229** diversi **indicatori NOC**; i dati evidenziano che il dominio NOC maggiormente indagato è il **2.Salute Fisiologica** (39,52%), a seguire il dominio **1.Salute Funzionale** (29,09%), il **4.Conoscenze e comportamenti relativi alla salute** (25,63%), il **6.Salute della Famiglia** (7,46%), il **5.Salute percepita** (3,25%) ed il **3.Salute Psicosociale** (1,55%). Non è stato indagato il dominio **7.Salute della Comunità** (Figura 12) ) (etichetta in rosso del domino *non* indagato).



**Figura 12. Principali domini NOC individuati nel Centro Servizi Casa Sterni**

I **5 principali NOC** individuati rappresentano il **42,68%** dei NOC utilizzati e sono descritti nella Tabella XXXVIII; in particolare, i dati mettono in luce che il dominio

maggiormente indagato è il **2. Salute Fisiologica**; inoltre, rispetto i principali NOC utilizzati, sono stati declinati gli indicatori di riferimento prevalentemente utilizzati.

N.	Dominio	Classe	NOC (2013)	N.	INDICATORE NOC 2013	N.
1.	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe L: Integrità tissutale	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	20	Integrità della cute (110113)	16
2.	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe F: Eliminazione	Eliminazione fecale (0501)	13	Modello di eliminazione (50101)	6
3.	DOMINIO 4 Conoscenze e comportamenti relativi alla salute	Classe T: Gestione dei rischi	Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909)	8	Usa correttamente gli strumenti ausiliari (190901)	4
	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe K: Digestione e nutrizione	Stato nutrizionale (1004)	8	Assunzione di cibo (100402)	7
4.	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe G: Liquidi ed elettroliti	Idratazione (0602)	8	Assunzione adeguata di liquidi (60215)	8
5.	DOMINIO 2 Fisiologico	Classe J: Neurocognitivo	Funzione cognitiva (0900)	7	Orientamento cognitivo (90005)	5

**Tabella XXXVIII. 5 principali NOC utilizzati e i rispettivi indicatori NOC**

Inoltre, rispetto la scala **Likert a 5 punti** degli indicatori NOC, in cui il valore “1” rappresenta la condizione dell’assistito “meno auspicabile” rispetto il risultato atteso ed il valore “5” rappresenta la condizione “più auspicabile” (Moorhead et al., 2013 pp.44-47), i dati permettono di descrivere la differenza tra valore dell’indicatore NOC nella valutazione iniziale e finale.

Nello specifico, si evidenzia che vi è una differenza positiva tra il valore iniziale e quello finale per il 92,11% dei casi, mentre nessuna differenza per il 7,89% dei casi, infine non si osservano nessuna evidenza negativa né presenza di non valutabili (NA).

In particolare, per il 7,89% delle valutazioni degli indicatori NOC delle quali non si osserva nessuna variazione, il 3,51% riguardano il valore 2 della scala Likert; rispetto alla differenza positiva delle valutazioni degli indicatori NOC con un miglioramento di 1 punto (il 24,12% dei casi), il 10,09% riguarda il valore 3 della scala Likert, mentre, per il 57,46% delle valutazioni delle quali si osserva differenza positiva delle valutazioni degli indicatori NOC con un miglioramento di 2 punti, il 33,77% riguarda il valore 2 della scala Likert.

Nella Tabella XXXIX sono descritte in maniera esaustiva tutte le differenze individuate tra valore iniziale e finale in relazione ai punti della scala Likert dei 229 indicatori NOC dello studio.

SCALA LIKERT degli indicatori NOC utilizzata per le valutazioni	DIFFERENZA VALORE dei 229 indicatori NOC 2013 tra valore iniziale e valore finale										Totale
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	NA	
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,32%	1,32%	3,51%	5,26%	0,00%	0,00%	11,40%
2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,51%	8,77%	33,77%	5,26%	0,00%	0,00%	51,32%
3	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,07%	10,09%	20,18%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,95%
5	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%-
Totale	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7,89%	24,12%	57,46%	10,53%	0,00%	0,00%	100%

**Tabella XXXIX. Differenza valore degli indicatori NOC in relazione alla scala Likert**

Inoltre l'analisi statistica disaggregata dei dati della Tabella XXIX permette di descrivere nella tabella XL la relazione esistente tra le caratteristiche generali di ciascuna persona coinvolta nello studio (età, genere) i Modelli Gordon disfunzionali, le NANDA-I, i NOC, gli indicatori NOC e i relativi indicatori e i NIC identificati e la differenza tra valore degli indicatori NOC iniziali e finali e i punti della scala Likert.

A titolo esemplificativo, considerando la differenza negativa del valore degli indicatori NOC con un miglioramento di 1 punto in relazione al valore 1 della scala Likert (l'1,32% dei casi), si osserva che i soggetti interessati sono 3 femmine dei 69 ospiti, per le quali sono stati individuati come disfunzionale i Modelli 4. *Attività ed esercizio fisico* e 6. *Cognitivo e percettivo*, sono state enunciate le DI NANDA-I cod. 00102 (*Deficit nella cura di sé: alimentazione*), cod. 00129 (*Confusione mentale cronica*) e cod. 00108 (*Deficit nella cura di sé: bagno*) e relativi NOC, indicatori NOC e NIC (Tabella XL).

PIANO ASSISTENZIALE CON MODELLO GORDON E TASSONOMIE NNN							DIFFERENZA VALORE indicatore NOC 2013 tra valore iniziale e valore finale*		
ETA'	GENERE	MODELLO GORDON	DI NANDA-I	NOC	Indicatori NOC	NIC	I	F	D
81	F	4	00102	0303	030308	1803	1	2	1
94	F	6	00129	0900	090005	5330	1	2	1
92	F	4	00108	0305	030501	1801	1	2	1

\* I=valore iniziale; F= valore finale; D= valore differenziale

**Tabella XL. Relazione dei dati del campione con la differenza positiva delle valutazioni degli indicatori NOC con un miglioramento di 1 punto in relazione al valore 1 della scala Likert**

Infine, sempre l'analisi statistica disaggregata dei dati della Tabella XLI, permette di descrivere la relazione esistente tra i diversi NNN linkages individuati all'interno dello studio e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert.

A titolo esemplificativo, considerando il collegamento NNN più frequente individuato presso il Centro Servizi "Casa Sterni": *Compromissione dell'integrità cutanea (00046)-Integrità tissutale: cute e mucose (1101)-Cura delle ulcere da pressione (3520)* e la differenza tra valore indicatore NOC iniziale e finale ) e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale cod. 110113, *Integrità della cute*, e i punti della scala Likert, i dati sottolineano che, nel 50% dei casi (per lo 0% nessuna differenza, né il miglioramento di 1 e 4 punti, per il 16,67% il miglioramento di 2 punti, per il 33,33% di 3 punti), la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert per il collegamento NNN descrive un valore 5 della scala Likert, considerata la condizione "più auspicabile".

NNN Linkage Tra	SCALA LIKERT Indicatori NOC	DIFFERENZA VALORE indicatore NOC 2013 tra valore iniziale e valore finale										
		-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	NA	Totale
DI NANDA-I: (00046) Compromissione dell'integrità cutanea NOC: (1101) Integrità tissutale: cute e mucose NIC: (3520) Cura delle ulcere da pressione	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	0%	0%	0%	0%	16,67%	0,00%	16,67%	33,33%	0%	0%	66,67%
	3	0%	0%	0%	0%	0,00%	16,67%	16,67%	0,00%	0%	0%	33,33%
	4	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	<b>Totale</b>	0%	0%	0%	0%	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%	0%	0%	100%

**Tabella XLI. Relazione tra NNN linkage e la differenza del valore NOC tra valore iniziale e finale**

### *Principali interventi infermieristici NIC pianificati e attuati*

Nello studio, sono stati individuati **164** diversi **NIC**, su un totale di **554** (edizione 2013); i dati evidenziano che il dominio NIC maggiormente indagato è l'**1.Fisiologico di base** (45,12%), a seguire il **2.Fisiologico complesso** (23,17%), il **3.Comportamento** (21,34%) e il **4.Sicurezza** (10,37%). Non sono stati indagati i domini **5. Famiglia**, **6. Sistema sanitario** e **7.Comunità** (Figura 13) (etichetta in rosso del domini *non* indagati).

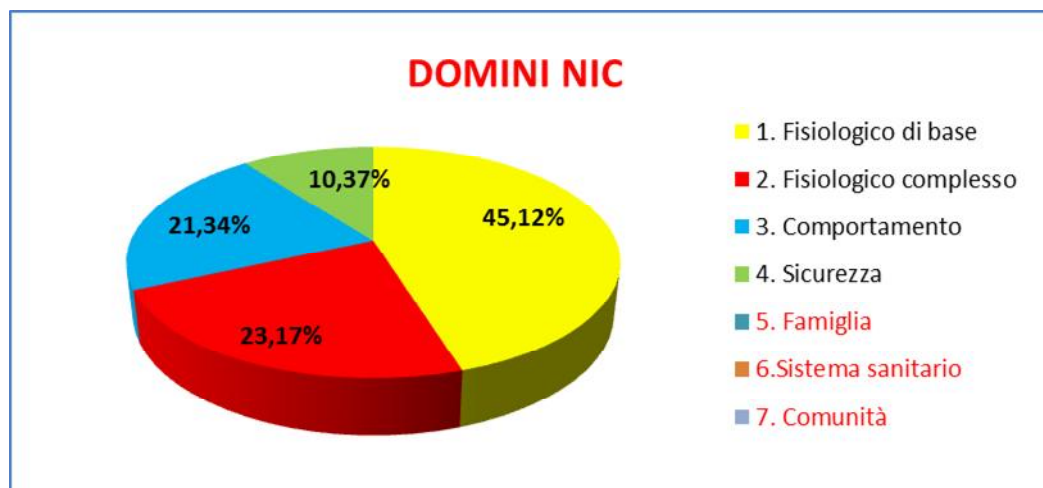


Figura 13. Principali domini NIC individuati nel Centro Servizi Casa Sterni

I **10 principali NIC** individuati rappresentano il **51,22%** dei NIC utilizzati; nella Tabella XLII sono descritti dominio, classe di appartenenza e relativa numerosità dei principali 10 NIC.

N.	Dominio	Classe	NIC (2013)	N.	%
1.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe E: Promozione della salute	Gestione del dolore (1400)	12	7,32%
2.	DOMINIO 3 Comportamento	Classe T: Promozione del benessere psicologico	Riduzione dell'ansia (5820)	11	6,71%
3.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe 2: Supporto nutrizionale	Gestione della nutrizione (1100)	11	6,71%
4.	DOMINIO 2 Fisiologico complesso	Classe L: Gestione della cute/delle ferite	Cura delle ulcere da pressione (3520)	9	5,49%
5.	DOMINIO 4 Sicurezza	Classe V: Gestione dei rischi	Prevenzione delle cadute (6490)	9	5,49%
6.	DOMINIO 2 Fisiologico complesso	Classe K: Gestione respiratoria	Misure preventive dell'aspirazione (3200)	8	4,88%
7.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe B: Gestione dell'eliminazione	Gestione della stipsi/fecaloma (0450)	8	4,88%
8.	DOMINIO 1 Fisiologico di base	Classe A: Gestione dell'attività e dell'esercizio fisico	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)	6	3,66%
9.	DOMINIO 2 Fisiologico complesso	Classe L: Gestione della cute/delle ferite	Sorveglianza della cute (3590)	5	3,05%
10.	DOMINIO 4 Sicurezza	Classe V: Gestione dei rischi	Gestione dell'ambiente: sicurezza (6486)	5	3,05%

Tabella XLII. 10 principali NIC utilizzati nel Centro Servizi Casa Sterni

I dati mettono in luce che, rispetto i **164 NIC** pianificati nella fase 4 del processo assistenziale, i professionisti coinvolti per la fase 5 di gestione/attuazione degli interventi, che hanno partecipato ad un totale di **511 attività**, sono l'infermiere, l'infermiere coordinatore, il medico, il fisioterapista, lo psicologo, il logopedista, l'educatore, l'operatore socio sanitario, l'ausiliario, nonché i familiari/caregivers; nel 41% dei casi le attività sono state fatte dall'infermiere-OSS, nel 14% dall'infermiere ed almeno un'altra figura professionale, mentre nell'11% dei casi dall'infermiere da solo. Infine, a titolo esemplificativo, in linea con i dati a disposizione, rispetto la DI NANDA-I più frequente *Rischio di cadute* (00155), è riportato un PAI completo dell'ospite del Centro Servizi, identificato ai fini dello studio con l'ID. n. 56 (Tabella XLIII).

Esempio- PAI con Gordon e Tassonomie NNN dell'ID n.56						
Totale gg per DI enunciata	31 gg	Data apertura, 15/01/2016	Data chiusura, 14/02/2016			
Modello di M. Gordon disfunzionale	1. Modello di percezione e gestione della salute					
DI NANDA-I (ed. 2015-2017)	<b>Rischio di cadute</b> (00155) p.368					
Fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ storia di cadute</li> <li>✓ alterazione delle funzioni cognitive</li> </ul>					
NOC (ed. 2013)	<b>Comportamenti di prevenzione delle cadute</b> (1909) p. 210					
Verifica	Valore iniziale	Valore Finale	Valore Differenziale			
INDICATORE NOC	15/01/2016	14/02/2016				
190916	Controlla l'agitazione e dell'inquietudine	2	3	1		
190901	Utilizza correttamente gli strumenti ausiliari	3	4	1		
NIC (ed. 2013)	<b>Prevenzione delle cadute</b> (6490) p.138	<b>Gestione attuazione attività dei NIC</b>				
ATTIVITA'			INF	OSS	MED	FT
Identificare i comportamenti ed i fattori che contribuiscono al rischio di cadute			1			
Monitorare le capacità della persona a trasferirsi dal letto alla sedia e viceversa			1	1		1
Educare i familiari sui fattori di rischio che contribuiscono alle cadute e sul modo in cui essi li possano ridurre			1			
Assicurare un'attenta sorveglianza e/o mezzo di contenzione			1	1	1	1

**Tabella XLIII. Esempio- PAI con Gordon e Tassonomie NNN dell'ID n.56**

Il PAI declinato mette in luce la data di apertura e chiusura della DI NANDA-I enunciata e totale giorni per la DI enunciata; il Modello disfunzionale di Gordon individuato, la DI NANDA-I con relativo codice, titolo diagnostico e fattori correlati; quindi il NOC con relativo codice, titolo e rispettivi indicatori, anch'essi identificati

grazie al codice e titolo. Rispetto gli indicatori NOC, è declinato il valore iniziale, il valore finale e quello differenziale. Infine, è descritto il NIC pianificato con relativo codice, titolo, attività e professionisti coinvolti

***Principali collegamenti NANDA-I, NOC e NIC: NNN linkages***

Lo studio ha analizzato i **più frequenti NNN linkages** utilizzati presso il Centro Servizi Casa Sterni, nello specifico nella Tabella XLIV sono descritti i quattro principali collegamenti NANDA-I, NOC e NIC.

<b>Diagnosi NANDA-I (2015-2017)</b>	<b>NOC (2013)</b>	<b>NIC (2013)</b>	<b>n.</b>
Rischio di cadute (00155)	Comportamenti di prevenzione delle cadute (1909)	Prevenzione delle cadute (6490)	6
Compromissione dell'integrità cutanea (00046)	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	Cura delle ulcere da pressione (3520)	6
Dolore cronico (00133)	Controllo del dolore (1605)	Gestione del dolore (1400)	4
Rischio di integrità cutanea compromessa (00047)	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	Sorveglianza della cute (3590)	4

**Tabella XLIV. 10 Principali collegamenti NNN utilizzati nel Centro Servizi Casa Sterni**

### 6.2.3 Discussione

I dati evidenziano che il campione dello studio è costituito prevalentemente da femmine, con un'età media di 90 anni ed una degenza media nel servizio di 8 anni.

Gli ospiti sono classificati con diversi profili di autonomia (possibili 17 profili) in relazione alla varietà dei bisogni di salute espressi, secondo la scheda regionale di valutazione multidisciplinare SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane) della Regione del Veneto; e i dati sottolineano come tra i livelli più complessi (dal 09 al 17) siano presenti ben 49 ospiti.

In merito all'assistenza infermieristica, i risultati mettono in luce che gli infermieri del Centro Servizi Casa Sterni per valutare i bisogni di salute della persona, nella prima delle sei fasi del PAI, hanno utilizzato, come struttura concettuale, i Modelli Funzionali della Salute di M. Gordon.

I principali modelli disfunzionali indagati sono **l'1.Percezione e gestione della salute (38,87%), il 4.Attività ed esercizio fisico (31,25%), il 2.Nutrizione e metabolismo (20,79%)**; i dati evidenziano che questi 3 principali Modelli disfunzionali rappresentano il **90,91 % del totale** dei Modelli individuati come disfunzionali.

Ai fini dello studio osservazionale, i dati raccolti nella "*Valutazione infermieristica iniziale*", utilizzando il Modello teorico di Gordon, sono stati ricondotti al sistema Tassonomico della NANDA-I per cui per ogni Modello Funzionale della Salute sono state individuate le NANDA-I correlate presenti nell'edizione del testo del 2015-2015 (Herdman, 2015).

L'analisi dei dati evidenzia che i principali modelli disfunzionali sono il Modello 2. *Nutrizione e metabolismo* (33,54%), il Modello 6. *Cognitivo e percettivo* ed il Modello 1. *Percezione e gestione della salute* (13,41%). Questi 3 modelli (2-6-1), complessivamente, rappresentano il 64,63% dei Modelli riconosciuti come disfunzionali.

I risultati evidenziano che sono state enunciate **164** diverse diagnosi NANDA-I su un totale di **235 diagnosi NANDA-I** a disposizione (edizione 2015-2017); di queste, **114** sono **Diagnosi focalizzate su un problema di salute attuale (*problem-focused*)**, **46** **Diagnosi di rischio** e **3** **Diagnosi di promozione della salute**.

Rispetto i 13 domini NANDA-I, i dati sottolineano che il dominio maggiormente indagato è l'**11.Sicurezza e protezione** (29,27%), a seguire il **4.Attività/Riposo** (15,85%), **3.Eliminazione e scambi** (14,02%),



Le **10 principali diagnosi NANDA-I** individuate rappresentano l'**54,27%** (n=89 su 164 totali) delle DI NANDA-I utilizzate, nello specifico, le DI NANDA-I più rappresentative sono *Rischio di cadute* (00155), *Compromissione dell'integrità cutanea* (00046), *Ansia* (00146), *Stipsi* (00011), *Dolore cronico* (00133), *Rischio di volume di liquidi insufficiente* (00028), *Confusione mentale cronica* (00129), *Rischio di aspirazione* (00039), *Rischio di integrità cutanea compromessa* (00047) e *Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico* (00002).

La DI *Rischio di cadute* (cod. 00155) si ritrova come diagnosi indagata con elevata frequenza, anche negli studi di Scherb et al. (2011) e di Silva et al. (2017), nonché nello studio condotto presso il PAC di Rimini a testimonianza dell'attenzione dei professionisti per un aspetto molto importante della presa in cura della persona, la sicurezza.

In linea con le NANDA-I enunciate, i principali NOC sono *Integrità tissutale: cute e mucose* (1101), *Eliminazione fecale* (0501), *Comportamenti di prevenzione delle cadute* (1909), *Stato nutrizionale* (1004), *Idratazione* (0602), *Funzione cognitiva* (0900); inoltre, rispetto i principali NOC utilizzati, sono stati associati e declinati gli indicatori di riferimento prevalentemente utilizzati.

Infine, rispetto la scala **Likert a 5 punti**, in cui il valore "1" rappresenta la condizione dell'assistito "meno auspicabile" rispetto il risultato atteso ed il valore "5" rappresenta la condizione "più auspicabile" (Moorhead et al., 2013 pp.44-47), i dati permettono di descrivere la differenza tra valore NOC nella valutazione iniziale e finale.

Nello specifico, si evidenzia che vi è una differenza positiva tra il valore iniziale e quello finale per il 92,11% dei casi, mentre nessuna differenza per il 7,89% dei casi, infine non si osservano nessuna evidenza negativa né presenza di non valutabili (NA).

In particolare, rispetto alla differenza positiva delle valutazioni del NOC con un miglioramento di 1 punto (il 24,12% dei casi), il 10,09% riguarda il valore 3 della scala Likert, mentre, per il 57,46% delle valutazioni delle quali si osserva differenza positiva delle valutazioni del NOC con un miglioramento di 2 punti, il 33,77% riguarda il valore 2 della scala Likert.

Ancora, i dati consentono di evidenziare la relazione esistente tra le caratteristiche generali di ciascuna persona coinvolta nello studio (età, genere, giorni di degenza, disordini/problemi e medici), i Modelli Gordon disfunzionali, le NANDA-I, i NOC e gli indicatori e i NIC identificati e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert, nonché di descrivere la relazione esistente tra i diversi

NNN linkages individuati all'interno dello studio e la differenza tra valore dell'indicatore NOC iniziale e finale e i punti della scala Likert.

Ancora, rispetto i principali NIC individuati, i dati mettono in luce che il NIC principale è *Gestione del dolore* (1400), a seguire *Riduzione dell'ansia* (5820), *Gestione della nutrizione* (1100), *Cura delle ulcere da pressione* (3520), *Prevenzione delle cadute* (6490), *Misure preventive dell'aspirazione* (3200), *Gestione della stipsi/fecaloma* (0450), *Esercizio fisico terapeutico: deambulazione* (0221), *Sorveglianza della cute* (3590), *Gestione dell'ambiente: sicurezza* (6486).

Inoltre, rispetto le 511 attività attuate, nel 41% dei casi le attività sono state fatte dall'infermiere-OSS, nel 14% dall'infermiere ed almeno un'altra figura professionale, mentre nell'11% dei casi dall'infermiere da solo.

Infine, lo studio evidenzia i 4 più frequenti *NNN linkages* utilizzati per gli assistiti ricoverati nel Centro Servizi Casa Sterni; di questi, la DI *Rischio di cadute* (00155), si collega più frequentemente con il NOC *Comportamenti di prevenzione delle cadute* (1909) e al NIC *Prevenzione delle cadute* (6490).

## DISCUSSIONE

Il progetto triennale del dottorato in merito allo “*Implementazione del linguaggio infermieristico standardizzato nella pratica clinica: Tassonomie NANDA-I, NOC e NIC*” si è strutturato in tre macrofasi:

- **1° Fase:** I° anno accademico 2014-2015, nel quale è stata condotta una revisione sistematica della letteratura sulle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC ed i collegamenti NNN nella pratica clinica
- **2° Fase:** II° anno accademico 2015-2016, in cui è stato condotto uno studio retrospettivo presso l’*U.O. Post Acuti* dell’ AULS Romagna, Ospedale di Rimini;
- **3° Fase:** III° anno accademico 2016-2017, in cui è stato condotto uno studio retrospettivo presso il Centro Servizi “*Casa Beata Gaetana Sterni*” di Bassano del Grappa (VI).

I principali risultati della revisione sistematica della letteratura sull’utilizzo delle SNLs nella pratica clinica hanno messo in luce come sia importante pianificare e documentare l’assistenza sanitaria per garantire lo scambio di informazioni e la valutazione delle cure erogate, sia a fini assistenziali che di ricerca (Swedish Patient Act, 2008; Urquhart et al. 2009; Zwannswijk et al., 2011); inoltre, le evidenze internazionali sottolineano come l’utilizzo delle tassonomie NNN permetta di descrivere, indagare (Hahn, 2014; Lee et al., 2011; Schneider & Slowik, 2009; Shever et al., 2007; Solari-Twadell & Hackbarth, 2010; Thoroddsen et al., 2010; Zampieron et al., 2011) e comparare l’assistenza infermieristica (Lee et al., 2011; Shever et al., 2007; Thoroddsen et al., 2010); nonché identificare l’essenza della professione infermieristica (Solari-Twadell & Hackbarth, 2010), stimolare la riflessione critica dei professionisti in merito alla pratica clinica quotidiana (Schneider & Slowik, 2009; Zampieron et al., 2011) e, infine, garantire la comprensione tra i diversi professionisti che lavorano in diverse organizzazioni ed in diverse nazioni (Lee et al., 2011).

Al tempo stesso, la revisione ha evidenziato un basso livello di evidenza degli studi inclusi, correlata all’elevato grado di eterogeneità, in termini di disegno di studio, setting assistenziali, caratteristiche del campione ed obiettivi dichiarati, ed ha sottolineato la necessita di ulteriori ricerche.

In linea con queste considerazioni, è nato il desiderio di progettare la ricerca nella pratica clinica in 2 diversi setting assistenziali nazionali con l’obiettivo di descrivere

l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche NANDA-I, dei risultati di salute NOC, degli interventi NIC e degli NNN linkages.

Nello specifico, sono stati condotti due studi osservazionali in diverse realtà assistenziali i cui risultati sono stati descritti in maniera dettagliata nei capitoli 5 e 6 della tesi. Entrambi i capitoli sono stati strutturati con una **prima parte** generale nella quale sono state descritte le principali fasi dei progetti pluriennali di implementazione del PAI con il Modello teorico di Gordon e le tassonomie NNN, all'interno dell'U.O.C. del Post Acuti di Rimini AUSL Romagna (capitolo 5) e del Centro Servizi "Casa Beata Gaetana Sterni" di Bassano (VI) (capitolo 6) e una **seconda parte** dedicata alla descrizione degli studi condotti e ai principali risultati ottenuti.

Nella sezione generale descrittiva dei due capitoli, entrambi i leader dei progetti di riorganizzazione del modello assistenziale, sia il Direttore dell'U.O.C. del Post Acuti di Rimini sia l'Infermiere Coordinatore del Centro Servizi di Casa Beata Sterni di Bassano, hanno sottolineato che la progettazione a lungo termine con step annuali, la formazione continua del personale e l'adozione di una documentazione sanitaria congrua alla normativa, si sono rivelate forze strategiche vincenti.

La necessità di garantire una formazione continua e specifica, espressa dai leader dei due progetti è in linea con le evidenze della letteratura in merito all'importanza di rafforzare la consapevolezza di utilizzare le SNLs nella pratica clinica, nella formazione, nell'organizzazione e nella ricerca al fine di descrivere il contributo dell'assistenza infermieristica in una logica di approccio multiprofessionale delle cure alla persona (Lunney, 2006).

Al tempo stesso, la letteratura sottolinea che è fondamentale sviluppare le capacità e le abilità degli infermieri nell'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato per garantire cure di qualità, evitare errori e poter misurare i risultati dell'assistenza infermieristica (Muller Staub et al., 2006; Paans, 2011) ed evidenzia che il grado di conoscenza e confidenza nell'utilizzare le tassonomie influenza la determinazione della definizione dei bisogni assistenziali infermieristici, la definizione del risultato atteso e degli interventi infermieristici da mettere in atto, nonché la misurazione dei risultati in modo adeguato (Paans, 2011).

I due setting assistenziali scelti per gli studi in oggetto sono molto diversi rispetto alla collocazione geografica, ( Regione Emilia Romagna e Regione Veneto), alla tipologia istituzionale (PAC U.O.C all'interno di una struttura pubblica, Centro Servizi struttura privata convenzionata con il pubblico), alla numerosità del campione (664 assistiti al

PAC e 69 ospiti al Centro Servizi di Casa Sterni) e inoltre per la tipologia di utenza, (persone in maggior parte adulti nel PAC di Rimini, persone anziane nel Centro servizi) il modello organizzativo assistenziale (assistenza personalizzata con presenza di 2 case manager nel PAC di Rimini, assistenza infermieristica con il Primary Nursing nel Centro Servizi ), per tipologia di servizi offerti e descrivono una variabilità nell'utilizzo delle NNN, in linea con la letteratura, la quale evidenzia che le SNLs sono utilizzate in diverse specialità cliniche (Lee et al., 2011; Schneider & Slowik, 2009; Shever et al., 2007; Thoroddsen et al., 2010) e descrivono una variabilità nell'utilizzo delle NNN per specifiche popolazioni (Head, 2011 e Scherb, 2011); variabilità che può essere attribuita alle caratteristiche degli assistiti, al setting, alla complessità clinica, ma anche alle caratteristiche degli infermieri che utilizzano le SNTs nel documentare il processo di assistenza infermieristico (Lunney, 2006).

La documentazione sanitaria infermieristica utilizzata nei due studi è stata strutturata con gli 11 Modelli Funzionali della Salute di Gordon (Gordon, 2009).

Nel dettaglio, nel primo studio osservazionale, condotto presso il PAC di Rimini, nella documentazione sanitaria infermieristica cartacea, all'interno della prima sezione, "*Valutazione assistenziale iniziale e Diagnosi NANDA-I*", si osserva che, è presente l'accertamento delle manifestazioni dei bisogni assistenziali della persona (segni, sintomi, comportamenti, verbalizzazioni...); mentre, si evince dai risultati dello studio che questi "*indicatori diagnostici*" non sono stati previsti all'interno del database, per cui non è stato possibile indagarli.

Nello specifico, le manifestazioni dei bisogni assistenziali sono definiti, dall'autrice Herdman, "*indicatori diagnostici - dati utilizzati per la diagnosi e per differenziare una diagnosi dalle altre ed includono le caratteristiche definenti e fattori correlati o i fattori di rischio*" (2015, pp. 23-24); inoltre, come evidenzia Paans et al. (2012), permettono di misurare l'abilità diagnostica degli infermieri al fine di individuare dei risultati di salute NOC appropriati e di pianificare ed attuare interventi infermieristici NIC efficaci ed efficienti per l'assistito.

Inoltre, nella "*Valutazione assistenziale iniziale e Diagnosi NANDA-I*", si osserva che è stato inserito un elenco preconstituito di 134 diagnosi NANDA-I con codice, titolo, definizione e pagina del testo di riferimento, estrapolate dal gruppo di lavoro infermieristico del PAC tra le 216 diagnosi NANDA-I a disposizione nell'edizione del testo NANDA-I 2012-2014 (Herdman, 2012) e strettamente correlate agli 11 Modelli Gordon.

Questa scelta clinico-organizzativa può aver influenzato gli infermieri nella scelta di una diagnosi NANDA-I *diversa* da quelle previste dall'elenco precostituito della documentazione in adozione presso l'U.O.C.

Contemporaneamente, la documentazione non prevede un elenco precostituito per i NOC, i NIC correlati alle diagnosi NANDA-I.

Inoltre, il Direttore Infermieristico del PAC ha messo a disposizione degli infermieri, all'interno dell'U.O.C., i rispettivi testi della NANDA-I (2012-2014), dei risultati di salute NOC (2013) e degli interventi NIC (2013) al fine di rendere possibile la redazione dei PAI per tutti gli assistiti.

Infine, l'adozione da parte del PAC di un sistema informatizzato per la documentazione della assistenza infermieristica, come testimonia la letteratura, ha garantito una raccolta sistematica ed adeguata dei dati, (Noh & Lee, 2015 e D'Agostino et al., 2017), nonché una riduzione nel numero delle informazioni sanitarie mancanti o perse ed una diminuzione degli errori di trascrizione (Urquart et al., 2009).

Nel secondo studio osservazionale, effettuato presso il Centro Servizi di "Casa Sterni", nella documentazione sanitaria infermieristica cartacea, si osserva che, all'interno del PAI strutturato con le tassonomie NNN (Tabella XLIII, Capitolo 6, p.119), è previsto uno spazio dedicato agli "*indicatori diagnostici*" (caratteristiche definenti e fattori correlati o i fattori di rischio) delle NANDA-I enunciate, i quali, costituiscono, come suggerito dalla letteratura, una guida, un criterio consistente, rigoroso e riproducibile per identificare i bisogni assistenziali infermieristici/ problemi di salute della persona ed enunciare le diagnosi infermieristiche (Sanson, 2017).

La documentazione non prevede nessun elenco precostituito né di NANDA-I correlato ai Modelli di Gordon, né di NOC e di NIC, lasciando libera scelta ai professionisti di utilizzare tutte le diagnosi infermieristiche NANDA-I (2015-2017), i risultati di salute NOC (2013) e gli interventi NIC (2013) inclusi nei rispettivi testi, messi a disposizione all'interno del Servizio dall'Infermiere Coordinatore.

Analizzando gli 11 Modelli Funzionali della Salute di Gordon, in entrambi i studi, si osserva che gli infermieri, rispetto ai Modelli 9. *Sessualità e riproduzione* e 11. *Valori e Convinzioni*, non hanno evidenziato alcuna disfunzionalità con conseguente assenza di diagnosi infermieristiche rispetto i domini 8. *Sessualità* e 10. *Principi di vita* della tassonomia NANDA-I.

Inoltre, in entrambi i setting, i Modelli riconosciuti come maggiormente disfunzionali sono l'1. *Percezione e gestione della salute*, il 4. *Attività ed esercizio fisico* e il 2.

*Nutrizione e metabolismo*; mentre rispetto i 13 domini NANDA-I, i dati dei due studi sottolineano che i domini maggiormente indagati sono l'11. *Sicurezza e protezione*, il 4. *Attività/Riposo* e il 2. *Nutrizione*.

Nello specifico, la diagnosi NANDA-I principale è *Rischio di cadute* (00155), in linea con gli studi di Scherb et al. (2011) e di Silva et al. (2017), a testimonianza dell'attenzione trasversale dei professionisti per la sicurezza nei diversi setting assistenziali, sia per acuti, che riabilitativi e residenzialità.

Questi risultati sottolineano l'orientamento degli infermieri a individuare e documentare prevalentemente bisogni assistenziali infermieristici correlati a disfunzionalità fisiche, piuttosto che psicologiche, sessuali, sociali e spirituali, testimoniando un'influenza ancora forte della patologia clinica nella visione del professionista nel prendersi cura delle persone ( Lee et al., 2011; Shever et al., 2007; Zampieron et al., 2011).

Di contro, in merito alla necessità di misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica sui risultati di salute per le persone e per l'organizzazione, in linea con il fervente dibattito internazionale (Aiken et al., 1994; RN4CAST, 2009), i due studi indagano le NANDA-I, i risultati NOC ed i relativi indicatori NIC collegati (Moorhead et al., 2013 pp.44-47); con lo scopo di documentare l'efficacia degli interventi infermieristici NIC effettuati per i diversi assistiti (Azzolin et al., 2013; Noh & Lee; 2015 Park, 2013); tuttavia, benché, le diagnosi infermieristiche abbiano un grande potenziale per essere predittori indipendenti di risultati sugli assistiti e degli esiti organizzativi (Sanson, 2017), i risultati degli studi non permettono, allo stato attuale, di mettere in evidenza una relazione causa-effetto NANDA-I con i risultati sugli assistiti e sull'organizzazione. Infine, rispetto agli interventi infermieristici NIC, si osserva che nella documentazione sanitaria infermieristica cartacea di entrambi i setting assistenziali indagati, sono declinati gli interventi NIC e le diverse attività dei NIC.

Nello specifico, però, nel PAC, le attività non sono state previste nella strutturazione del database, per cui non è stato possibile indagarle, mentre, nel Centro Servi di Casa Sterni, è stato possibile indagarne la numerosità, collegandole ai rispettivi professionisti che le hanno attuate, ma non la tipologia, poiché gli infermieri hanno descritto le diverse attività attuate utilizzando un linguaggio libero (non un codice come previsto dalla classificazione NIC), non sempre aderente al linguaggio previsto dalle evidenze della tassonomia dei NIC, per cui non sempre riconducibile alla stessa (Bulechek et al., 2013 pp. 56-57) .

Infine, i risultati ed i limiti dei due studi descritti, in linea con le evidenze degli studi inclusi nella revisione, evidenziano la necessità di sviluppare, ulteriori ricerche di alta qualità per esplorare la relazione tra NANDA-I e NOC (Sanson, 2017), studi sui NIC più frequentemente utilizzati e sulla loro efficacia (Scherb et al., 2011) e studi per individuare e validare NNN linkages “core” per popolazioni specifiche nella pratica clinica (Azzolin et al., 2012; Moon, 201; Park 2014).

Il punto di forza principale dei due studi è l’adozione di una documentazione assistenziale infermieristica strutturata con un linguaggio infermieristico standardizzato (NNN) che contribuisce alla descrizione, documentazione, misurazione e valorizzazione della pratica infermieristica a livello nazionale, nello specifico, da una parte, in un setting di cura per acuti (U.O.C. del PAC di Rimini) di una azienda pubblica, dall’altra, in un setting di cura residenziale privato, convenzionato con il pubblico (Centro Servizi di Casa Sterni) per persone con cronicità.

I limiti comuni dei due studi sono:

- la non esplorazione nel dettaglio del livello di formazione professionalizzante post base e della esperienza lavorativa degli infermieri, elementi che possono influenzare la strutturazione del PAI all’interno dei setting assistenziali;
- la non esplorazione del livello di disponibilità dell’infermiere a documentare, a scegliere accuratamente le NNN adeguate e il livello di conoscenze acquisite in merito alle NNN a seguito della formazione (**Muller-Staub, 2007**); questo potrebbe determinare una riduzione dell’ accuratezza e della qualità della documentazione e potrebbe rappresentare un bias;
- la natura osservazionale degli studi ha permesso di rilevare solo associazioni e non relazioni causa-effetto fra variabili;
- i setting assistenziali degli studi non sono rappresentativi di tutte le realtà assistenziali nazionali, tuttavia i risultati possono essere considerati trasferibili a livello nazionale ed internazionale;
- Infine, la presenza di documentazione sanitaria infermieristica diversa tra le due strutture ha permesso di rilevare solo associazioni tra i due setting e descrivere misure di tendenza.



## CONCLUSIONI

Le conclusioni si articolano in una **parte generale**, che comprende una riflessione rispetto ai tre attori cardine del macrosistema salute: **persona** (politiche della salute), **organizzazione** (leadership, modelli organizzativi) e **professionisti della salute**, con attenzione particolare per la **professione infermieristica**; ed una **seconda parte**, più specifica, che prevede delle considerazioni approfondite in merito ai principali risultati conseguiti durante il percorso di dottorato dalla revisione della letteratura e dai dati degli studi osservazionali condotti in ambito clinico.

In merito alla **persona, alle politiche della salute** ed alle normative a tutela e disciplina della salute tessa, uno primo sguardo si rivolge alla lettura del contesto internazionale e nazionale.

L'Atto di Indirizzo per l'anno 2018 (Ministero della Salute, 28 settembre 2017), in linea con il documento "*Country Cooperation Strategy WHO – Italy 2017-2022*", sottolinea la volontà di promuovere attività, progetti e di sviluppare politiche integrate per agire sui principali determinanti di salute; in quanto la promozione del benessere psicofisico della persona e la tutela della salute richiedono strategie intersettoriali e trasversali nelle quali siano coinvolte le istituzioni centrali e locali e la società civile.

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, quindi, deve essere supportata dallo sviluppo di una diversa cultura orientata alla presa in cura proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite servizi di prossimità; tale obiettivo è esplicitamente previsto dal "*Piano nazionale della Cronicità*" approvato con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano il 14 settembre 2016.

Dalla lettura del contesto internazionale e nazionale sulle politiche della salute ed alle normative a tutela e disciplina della stessa, nasce, in maniera sequenziale e lineare, una riflessione rispetto all'**organizzazione**, alla **leadership** ed ai **nuovi modelli organizzativi**, concetti strettamente interconnessi in una prospettiva evolutiva della cultura organizzativa.

I contributi della scienza cibernetica e delle scienze dell'apprendimento sottolineano come le **organizzazioni** che apprendono, "*learning organization*", debbano sviluppare abilità ed atteggiamenti mentali propensi ad apprendere il cambiamento in modo continuo e sincrono all'evoluzione della società e dei bisogni che le persone esprimono.

Le organizzazioni devono essere in grado cioè di percepire ed interpretare le evoluzioni strutturali e di tendenza e, osservando in maniera innovativa il proprio ambiente, acquisire la capacità di immaginare e realizzare sviluppi futuri (Morgan, 2002, pp. 137-138; Santin, 2013).

L'autore Reanaud (2012 pp. 454-460) sottolinea la necessità di sviluppare una leadership infermieristica carismatica e visionaria, **“an emotionally intelligent (EI) innovative leader”**, che abbia *“la capacità di riconoscere il proprio sentire e quello degli altri, per motivarsi insieme, di gestire bene le proprie emozioni e le emozioni nelle relazioni con gli altri”*.

Infine, come evidenzia Mary Koloroutis (2015 pp. 55-58), il ruolo dei leader direzionali è di creare cultura per attuare un cambiamento trasformativo, realizzando un ambiente all'interno del quale si promuova l'apprendimento individuale e di team in una logica di **leadership condivisa** e di cure basate sulla relazione. Nelle cure basate sulla relazione, le decisioni sono condivise in quanto i professionisti sono consapevoli del loro ruolo della loro **autorevolezza ed autorità** e della loro **responsabilità**.

L'autrice Koloroutis, inoltre, propone il tritico responsabilità, autorità, assunzione di responsabilità (R+A+A). Responsabilità e autorità declinata nei suoi significati di:

- *responsability*”, legata al concetto di dover agire (res dal latino cosa, azione) ovvero l'attribuzione di responsabilità è un processo bilaterale. Da una parte la responsabilità è apertamente conferita e dall'altra è apertamente accettata e quindi chi si assume veramente la responsabilità manifesta padronanza di sé e agisce di conseguenza;
- *“autorità”*, legata al diritto di agire e di prendere decisioni negli ambiti in cui la responsabilità è stata conferita ed è stata accettata;
- *“accountability”* correlata al concetto di assunzione di responsabilità, di rendere conto dell'azione fatta o fatta fare e di rispondere per non solo per i risultati ottenuti, ma anche stabilire come agire meglio in futuro.

In questa logica di leadership condivisa si assiste ad un processo di decentralizzazione decisionale che risulta strategico, imprescindibile per progettare, pianificare ed adottare modelli organizzativi assistenziali personalizzati (Borgonovi, 1999; Matarese, 2000; Barelli, 2006; Kimball, 2007; Morjikian, 2007; Rigon, 2012), nonché per implementare la **pianificazione assistenziale infermieristica (PAI) con l'adozione di un Modello teorico di riferimento ed utilizzando linguaggi infermieristici standardizzati (SNLs)** al fine di garantire la salute, diritto fondamentale dell'individuo e interesse della

collettività (Art. 32 della Costituzione del 1978), coniugano la sostenibilità delle **risorse** con il **benessere sociale**.

In linea con queste considerazioni sul passaggio dall'approccio passivo che considera i bisogni delle persone ad uno attivo basato sulle risorse, che implica un cambiamento mentale e culturale dell'ID personale e professionale, nonché una trasformazione della concezione dell'organizzazione del lavoro, si inserisce **l'ultimo filone** di riflessione **della parte generale** delle conclusioni incentrato sui professionisti della salute, ed in particolare sugli infermieri.

All'interno del contesto analizzato, è necessario aver consapevolezza che, a tutte le professioni sanitarie, è richiesta una diversa rappresentazione della loro struttura disciplinare e dei risultati e degli esiti da perseguire e garantire.

La **professione infermieristica**, in linea con queste considerazioni, da qualche tempo si sta interrogando su come meglio approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che le appartengono, i contenuti professionali e le proprie competenze anche attraverso un ridisegno formativo, organizzativo ed assistenziale.

La formazione accademica italiana [Decreto MIUR 509/1999 e 270/2004, 8 gennaio 2009 (LM) e 19 febbraio 2009 (L)], in linea con quella curriculare europea, (*European Federation of Nurses Associations- EFN*, 2015), fornisce agli infermieri una preparazione culturale, professionale, tecnica e organizzativo-gestionale sicuramente elevata e riconosciuta in tutti gli ambiti in cui gli infermieri operano: nella clinica, nella formazione, nell'organizzazione, nella ricerca e nella consulenza.

L'assistenza infermieristica, come sottolinea il Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), a servizio della persona, si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, relazionale ed educativa.

Il Sottosegretario di Stato alla Salute Vito de Filippo (2016), nel "*Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*", sottolinea che questo riconoscimento della disciplina infermieristica come professione intellettuale di valore, giuridicamente trova espressione in numerose normative, tra le quali il D-lgs n°15/2016 (recepisce la direttiva dell'Unione europea 2012/55/Ue per il riconoscimento delle qualifiche professionali/ Regolamento Comunitario n. 1024/2012). Il D-lgs n°15/2016 ribadisce la competenza di "*individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie agli assistiti utilizzando le conoscenze **teoriche e cliniche** attuali nonché di **pianificare, organizzare e prestare** le cure infermieristiche nel trattamento delle persone, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite (e già*

*indicate nel Dlgs 206/2007), in un'ottica di **miglioramento** della pratica professionale...**garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle**;...analizzare la **qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale**".*

Alla luce di questo quadro normativo, il campo proprio di attività e quindi di esercizio delle competenze, della responsabilità dell'infermiere è da intendersi in continuo divenire (Dm.739/94, Legge n. 251/2000, Legge n. 43/2006) e risorsa fondamentale nel processo di riorganizzazione dell'assistenza attraverso l'attivazione di nuovi modelli organizzativi, volta a garantire sia la continuità assistenziale, sia la riduzione del ricorso improprio ai servizi d'urgenza e d'emergenza.

Ciascun professionista infermiere, in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, nell'esercitare il proprio ruolo giuridico e istituzionale (DM 739/94) al servizio della persona, della famiglia e della collettività deve assumere decisioni ed adattare le cure nel contesto delle risorse disponibili, guidato dal **pensiero critico**, dal **pensiero creativo** e dalla **riflessione** (Koloroutis, 2015 pp. 140-148).

Il pensiero critico, il pensiero creativo e la riflessione sono elementi determinanti della scienza in generale e quindi anche della scienza infermieristica, richiedono un processo cognitivo complesso basato sul ragionamento diagnostico e sulla logica deduttiva ed induttiva per la risoluzione dei problemi, il metodo del problem solving (Manzoni, 2016; Rigon, ottobre 2017).

Questo metodo disciplinare (struttura sintattica) trova espressione nella disciplina infermieristica nel **processo di assistenza infermieristica**, garantendo la realizzazione del corpo compatto di conoscenze (struttura concettuale) del sapere infermieristico in modo applicativo, trasferendo le conoscenze teoriche e l'oggetto di studio nell'esperienza, supportato dal **linguaggio scientifico disciplinare** (struttura sintattica) che contiene il fenomeno osservato e lo rende evidente nella realtà clinica assistenziale.

Il sapere disciplinare è un sapere complesso che richiede competenze agite (*competency issue*) ed assunzione di comportamenti (*behavioral issue*) da parte dell'infermiere che, all'interno del team multiprofessionale, deve saper incardinare il proprio ruolo professionale perché riconosce il sé personale e professionale e quindi anche il proprio ruolo, e appunto, nel riconoscere il proprio spazio professionale, garantisce il rispetto della propria professionalità e di quella degli altri professionisti per un bene sommo, il benessere sociale della persona.

Questa consapevolezza di ruolo e di professionalità richiede una grande maturità culturale, disciplinare, un'identità autorevole, sapiente e una fermezza valoriale, etica ed antropologica al fine di mantenere la posizione eretta e di acquisire la forza per confrontarsi, modellarsi e completarsi con le altre ventuno professioni sanitarie, senza sentire/soffrire/subire il fregio della disciplina inferiore.

Il saper stare in piedi in maniera autonoma con fierezza, dignità e coraggio è una sfida quotidiana per gli infermieri che “stanno” con l'assistito, assistono (stare accanto) le persone, definendo con loro in comune accordo, gli aspetti delle cure che sono più importanti, vantaggiose, sicure e soddisfacenti per loro.

In linea con queste riflessioni generali, nascono **alcune considerazioni specifiche** rispetto le esperienze osservazionali condotte presso il Post Acuti di Rimini e il Centro Servizi di Casa Sterni di Bassano.

Queste due realtà sono la testimonianza di una scienza infermieristica che sta cercando di valorizzare il proprio paradigma disciplinare nella logica organizzativa, di un processo di cambiamento dell'assistenza dal modello tecnico/burocratico al modello professionale, applicando, nella dinamicità e nella complessità della pratica clinica quotidiana, un modello teorico, il processo di assistenza ed un linguaggio infermieristico standardizzato.

Un cambiamento trasformazionale, frutto dell'essere professionisti, guidato da una Direzione Infermieristica al PAC di Rimini e da un Infermiere Coordinatore al Centro Servizi di Casa Sterni, i quali, rispettivamente, hanno governato da una parte e gestito dall'altra i processi complessi della filiera produttiva a livello clinico, che produce un servizio in risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, in linea con quanto scriveva Mintzberg già nel 1996, quando definiva gli ospedali, le università, i sistemi scolastici come burocrazie **professionali**, ossia come *“istituti che si fondano, per il loro funzionamento, sulle capacità, sulle conoscenze dei professionisti del nucleo operativo e che producono beni o servizi standard”* (1996 pp. 291-294).

Una Direzione ed un Coordinamento Infermieristici che hanno saputo rispondere a problemi concreti con soluzioni concrete, esprimendo la capacità di vestire, di vivere, di guidare *“to lead”* il cambiamento, di coinvolgere, supportare e formare il gruppo di professionisti, forti della consapevolezza che la conoscenza porta alla resilienza, mentre la non conoscenza porta alla resistenza.

I professionisti, **la filiera produttiva** a livello operativo, in queste due diverse realtà organizzative-cliniche, con dedizione, energia e tempo dedicato, hanno scelto

proattivamente di essere professionisti della salute, non perché sancito dalla normativa, ma perché, in una logica di leadership condivisa, hanno assunto la responsabilità dell'assistenza personalizzata alla persona adottando il PAI con le SNLs.

Il nucleo operativo si è posto il problema di trovare parole per descrivere i bisogni di assistenza infermieristica, di avere una terminologia standardizzata e internazionale che gli permettesse di descrivere il fenomeno in oggetto; in questa ricerca di trovare parole per dire, per leggere i bisogni di assistenza infermieristica si osserva una propensione del professionista infermiere a riconoscere quello che conosce maggiormente per background culturale, formazione professionale, per esperienza clinica diretta, enunciando così prevalentemente diagnosi NANDA-I attuali, piuttosto che di promozione della salute o di rischio, e ancora diagnosi NANDA-I correlate prevalentemente a disfunzionalità fisiche, piuttosto che psicologiche, sociali, sessuali e spirituali. Tendenze che lasciano spazio per il futuro ad una riflessione, ad uno studio attento, ad una formazione specialistica, a filoni di ricerche da parte dei professionisti per accrescere le loro abilità e capacità di leggere quei bisogni che ad oggi non riconoscono nell'esercizio della pratica clinica con l'obiettivo di essere sempre più attenti alla presa in cura veramente globale della persona.

E questo può rappresentare il *movens* della formazione e della ricerca, in quanto sono espressione quotidiana dell'agire infermieristico e della disciplina. Nella clinica si evidenziano i quesiti di ricerca.

In merito alla diffusione dell'impiego delle tassonomie NNN nel contesto italiano, negli ultimi anni, si osserva una diffusione, seppur a diversi livelli di sviluppo, nel contesto della sia della pratica clinica che della formazione universitaria e continua, come documentano le diverse esperienze dei convegni nazionali (Rigon & Santin, 2016).

In particolare, alcuni studi hanno evidenziato come il processo di adozione delle SNLs nei contesti clinici-operativi sia complesso e richieda la rimozione di diverse barriere interne ed esterne alla professione infermieristica (Thoroddsen et al., 2012); altri, studi invece, sottolineano come proprio all'interno della pratica clinica l'impiego delle SNT offra i maggiori contributi sia per la visibilità della professione infermieristica che per la sicurezza degli assistiti, favorendo anche lo sviluppo di politiche sanitarie efficaci (Muller-Staub et al., 2006; Saranto et al., 2014). Ancora, Thoroddsen et al., (2012) sottolineano che le SNLs sono utili nella formazione infermieristica universitaria per insegnare la pianificazione dell'assistenza infermieristica e per sostenere lo sviluppo di una precisa identità scientifico-disciplinare negli studenti infermieri.

La letteratura internazionale evidenzia l'importanza e l'utilità delle SNLs sia nella formazione che nella pratica clinica, tuttavia, ad oggi, nel contesto italiano, si evidenzia una difficoltà nel creare un ponte ed un'interoperabilità tra i due diversi attori (Organizzazioni Sanitarie ed Università), nel condividere strategie politiche, linee di tendenza, una vision che possa creare sinergia proattiva.

La dicotomia che a volte si percepisce tra ambito clinico-organizzativo infermieristico (sistema "lean", dinamico, chiamato ai risultati ed ad una gestione accurata delle risorse) e la formazione universitaria e continua, (attenta a sviluppare conoscenza e a creare cultura, ma, a volte lontana dalla pratica clinica quotidiana), di fatto non favorisce la crescita e l'innovazione della disciplina infermieristica, spesso ancorata al fare, a sviluppare ed attuare procedure, piuttosto che a riflettere con pensiero critico, ad adottare un ragionamento diagnostico.

Concludendo, le linee di progetto future, rispetto al contesto sociodemografico, alle politiche della salute, ai modelli organizzativi e alle competenze agite dei professionisti, devono essere attente a sviluppare, in sinergia con gli altri professionisti della salute e gli stakeholders (Università, Istituzioni Politiche, Professionali, Aziende Private, Volontariato, Associazioni, Fondazioni, altre professionalità quali Ingegneri informatici, Statistici...), delle strategie politiche di innovazione, di formazione di base e continua, di finanziamenti a supporto della ricerca sulla pianificazione assistenziale infermieristica con le SNLs al fine di descrivere, valorizzare l'impatto della scienza infermieristica sui risultati di salute per le persone e per le organizzazioni.

E', infine, fondamentale, sperimentare ed adottare all'interno della clinica, delle organizzazioni, della formazione, della ricerca dei sistemi informatici infermieristici che utilizzino una **documentazione sanitaria omogenea, con un Modello teorico di riferimento e delle SNLs** al fine di raccogliere in maniera sistematica dati, confrontabili in relazione a diversi setting, strutturando in questo modo degli studi multicentrici, sia a livello nazionale ed internazionale, poiché è indubbio che dove *si fa buona ricerca, si fa buona assistenza*.





## BIBLIOGRAFIA

- Aiken** L.H., Smith E.L., Lake E.T. (1994) *Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care*. Medical Care, 32(8), 771-787.
- Almasalha**, F., Xu, D., Keenan, G. M., Khokhar, A., Yao, Y., Chen, Y., Wilkie, D. J. (2013). *Data mining nursing care plans of end of life patients: A study to improve healthcare decision making*. International Journal of Nursing Knowledge, 24, 15–24. doi:10.1111/j.2047-3095.2012.01217.x
- American Nurses Association** (ANA, 2012) *Recognized Terminologies that support Nursing Practice.*:  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Tools/Recognized-Nursing-Practice-Terminologies.pdf>. Consultato il 17 settembre 2017
- American Nurses Association** (ANA, 2015) *Nursing informatics: Scope and Standards of Practice*, (2nd Ed.) Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- Anderson** CA, Keenan G & Jones J (2009) *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. Computers, Informatics, Nursing 27(2), 82–92.
- ANCC**- American Nurses Credentialing Center (2012) *Forces of magnetism* .  
[on line] Disponibile da: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/programoverview/historyofthemagnetprogram/forcesofmagnetism/> Consultato il 17 settembre 2017
- Andreoli** V. (2016) *La nuova disciplina del benessere vivere il meglio possibile*. I° edizione Marsilio Editori
- Ausili** D. (2013) *Misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla salute: una revisione della letteratura*. Professioni Infermieristiche, 66(3), 131-142.
- Ausili** D., Sironi C., Rasero L., Coenen E. (2012a) *Measuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the International Classification for Nursing Practice*. International Journal of Nursing Knowledge, 23(3), 146 – 152.
- Ausili** D., Alberio M., Di Mauro S. (2012b) *Using ICNP to describe nursing phenomena of older persons discharged from hospital: a point prevalence survey*. Royal College of Nurses International Nursing Research Conference 2012. [online] Disponibile: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf-file/0004/446584/2012\\_RCN\\_research\\_4.2.1.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf-file/0004/446584/2012_RCN_research_4.2.1.pdf)
- Ausili** D. (2011) *Descrivere l'assistenza infermieristica attraverso l'uso di un modello concettuale italiano e dell'ICNP*. In: *L'evoluzione del Nursing Italiano*

*negli ultimi 150 anni. Atti del Convegno Nazionale promosso dai Collegi di Abruzzo, 7-8 ottobre 2011, Avezzano, L'Aquila, pp. 135 – 140.*

**Azzolin, K., Motta Mussi, C., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Fátima Lucena, A., & Rebelo-Silva, E. R. (2013).** *Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC and NOC.* Applied Nursing Research, 26, 239–244

**Azzolin K., Souza E.N., Ruschel K.B., Mussi C.M., Lucena A.F. & Rabelo E.R. (2012).** *Consensus on nursing diagnoses, interventions and outcomes for home care of patients with heart failure.* Revista Gaúcha de Enfermagem, 33(4), 56–63. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400007>

**Badon P., Cesaro A. (2015)** *Manuale di Assistenza pediatrica; 2° edizione.* CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano

**Barelli P., Pallaoro G., Perli S., Strimmer S., Zattoni M.L. (2006)** *Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?* Assistenza infermieristica e ricerca 2006, 25,1

**Barthold M.** *Standardizing electronic nursing documentation.* Nurs Manage 2009; 40: 15–17

**Bergh AL, Bergh CH, Friberg F. (2007)** *How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery.* J Clin Nurs 2007; 16: 1898– 907

**Birmingham S.E., Nell K., Abe N., (2010)** *Determining Staffing Needs Based on Patient Outcomes Versus Nursing Interventions,* in: P.S. Cowen, S. Moorhead (Eds.) Current Issues in Nursing, Mosby, St. Louis, MO, 2010, pp. 391-404

**Borgonovi E. (1999)** *Atti del convegno di Milano sull'organizzazione delle aziende: Il modello tecnico e il modello professionale*

**Bostick J.E., Riggs, C.J. & Rantz, M.J. (2003)** *Quality measurement in nursing.* Journal of Nursing Care Quality 18(2), 94–104

**Bowles KH. (2000)** *Application of the Omaha System in acute care.* Res Nurs Health 2000; 23: 93–105

**Bulechek G.M. Butcher, H.K. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. (a cura di). (2007)** *Classificazione NIC interventi infermieristici.* Casa Editrice Ambrosiana Milano

**Bulechek G.M. Butcher, H.K. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. (a cura di). (2013)** *Classificazione NIC interventi infermieristici.* Casa Editrice Ambrosiana Milano

- Butrel M., Collins R., Drennan J., Halligan P ., O’Mathuna D.P ., Schultz T.J., Sheridan A., Vilis E. (2011)** *Hospital nurses staffing model and patient and staff-related outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6(7)
- Calamandrei C.(2008)** *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell’infermiere con funzioni manageriali*. Milano: McGraw-Hill
- Cantarelli M. (2003).** *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. II°ed. Masson
- Castellan C., Sluga, S. & Spina, E. (2016)** *Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit*. JAN, Volume 72, Issue 6 June 2016 Pages 1273–1286
- Cavendish, R., Lunney, M., Luise, B. K., & Richardson, K. (1999)** *National survey to identify the nursing interventions used in school settings*. The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses, 15(2), 14-21.
- Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (2013)** Outcome example (NOC). Retrieved September 17, 2017, from <http://www.nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinicaleffectiveness>
- Centre for Reviews and Dissemination, University of York (2009)**, Published by CRD, University of York January 2009 ISBN 978-1-900640-47-3
- Centre for Reviews and Dissemination Systematic Reviews (2009)** CRD’s Guidance for Undertaking Reviews in Health Care. University of York, York. Retrieved from [http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf) on 29 July 2015
- Chiang B. (2009)** *Estimating nursing costs-a methodological review*. Int. J. Nurs Stud 2009,46(5):716–722
- Chiari P., Mosci D., Naldi E. (2012)** *Evidence Based Clinical Practice: la pratica clinico assistenziale basata su prove di efficacia*. Milano: McGraw-Hill
- Clancy, T.R., Effken, J.A., & Pesut, D. (2008)** *Applications of complex systems theory in nursing education, research, and practice* Nursing Outlook, 56, 248-256. doi:10.1016/j.outlook.2008.06.010
- Clark, J. & Lang, N.M. (1992).** *Nursing’s next advance: An internal classification for nursing practice*. International Nursing Review, 39 (4), 109-111, 128
- Clinical Care Classification System (2013–2014)**. About CCC. Retrieved October 15, 2017, from <http://www.sabacare.com/> Conrad, D., & Stocker Schneider, J.

(2011). *Enhancing the visibility of NP practice in electronic health records*. Journal of Nurse Practitioner, 7, 832–838.

**Codice Deontologico dell’Infermiere (2009)** disponibile al sito

<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre, 2017

**Cochrane Community** (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.1.0. Retrieved from

[http://www.community.cochrane.org/handbook\\_Chapter 8: Assessing risk of bias in included study, available in pdf on 01 August 2015](http://www.community.cochrane.org/handbook_Chapter_8: Assessing risk of bias in included study, available in pdf on 01 August 2015)

**Coenen, A., Pesut, D.** (2002) *Global Nursing Language: Making International Nursing Visible*. Journal of Professional Nursing, 18(3), 113-114

**Colombo N., Casati M., Marcellini E., Saladino L., Mosconi M.A., Zambelli R., Milesi M.I.,**

**Colleoni P., Cesa S., Lazzari G.** (2012) *Classificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA International secondo le componenti dell’assistenza infermieristica di base di Henderson: uno strumento per l’insegnamento del processo di assistenza infermieristica*. L’Infermiere, 56(2). [online] Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-infermiere/> Consultato il 29 agosto 2017

**Costituzione** della Repubblica Italiana (1978) *Articolo 32*.

<https://www.senato.it/1024>. Ultimo accesso, 22 ottobre 2017

**Cullum, N., Ciliska D., Haynes R.B., Marks S** (2008) *Evidence based nursing: an introduction*. Singapore: Blackwell Publishing

**D’Agostino, F., Sanson G., Cocchieri A., Vellone, E., Welton J., Maurici M., Alvaro R. & Zega M.** (2017). *Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting*. JAN, 09 febbraio 2017

**D’Agostino F., Barbaranelli, C., Paans W., Belsito R., Vela R. J., Alvaro R. e Vellone E.** (2015)

*Psychometric Evaluation of the D-Catch, an Instrument to Measure the Accuracy of Nursing Documentation*. International Journal of Nursing Knowledge DOI: 10.1111/2047-3095.12125

**D’Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F., Zega, M., & Alvaro, R.** (2012). *Sviluppo di un sistema informativo utilizzando un linguaggio infermieristico standard per la realizzazione di un Nursing Minimum Data Set* [Development of a computerized

system using standard nursing language for creation of a Nursing Minimum Data Set]. *Professioni Infermieristiche*, 65(2), 103–109

**Darmody J** (2014) *Economics of the health care delivery system*. In *Nursing today: Transition and trends* (Zerwekh J & Garneau AZ eds.). Elsevier Health Sciences

**da Silva, J. P., Almeida Mde, A., Panato, B. P., Siqueria, A. P., da Silva, M. P., & Reiserfer, L.** (2015). *Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with impaired physical mobility*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 51–58

**D’Avenia A.** (2016) *L’arte di essere fragile*. Casa Editrice Mondadori

**Dawes M., Summerskill W., Glasziou P., Cartabellotta N., Martin J., Hopayian K., Porzsolt F.,**

**Di Censo, A., Guyatt G., Ciliska D.** (2005) *Evidence based nursing: a guide to clinical practice*. St Luis MO: Elsevier

**de Cassia Gengo e Silva R., dos Santos Diogo R. C., de Almeida Lopes Monteiro da Cruz L., Ortiz D., Ortiz D., Ciqueto Peres H. H., Moorhead S.** (2017) *Linkages of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions Performed by Nurses Caring for Medical and Surgical Patients Using a Decision Support System*. *International Journal of Nursing Knowledge*, July 2017

**de Cordova, P. B., Lucero, R. J., Hyun, S., Quinlan, P., Price, K., & Stone, P. W.** (2010). *Using the nursing interventions classification as a potential measure of nurse workload*. *Journal of Nursing Care Quality*, 25, 39–45

**Decreto Ministeriale 14 settembre 1197, n.739** *Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale* Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995, n. 6. Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ott 2017

**Decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509** “*Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei*”. Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2000, n. 2. Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre 2017

**Decreto MURST 2 aprile 2001 e MIUR 19 febbraio 2009** “*Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*” e “*Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*”. Consultabili al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre 2017

**Decreto MIUR 22 ottobre 2004 n. 270** “*Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*”. Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 12 novembre 2004, n. 266.

Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre 2017

**Decreti MIUR 8 gennaio 2009 (LM) e 19 febbraio 2009 (L) Riforma “Gelmini”**  
Consultabili al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso 20 ottobre 2017

**Decreto MIUR 8 gennaio 2009 n.270** “*Determinazione delle classi delle Lauree Magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270*” Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 2009 n. 122. Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre 2017

**Delaney, C., Mehmert, P.A., Prophet, C., Bellinger, S.L.R., Garner-Huber, D. & Ellerbe, S.** (1992). *Standardized nursing language for healthcare information systems*. Journal of Medical Systems 16(4), 145–159

**Denehy, J.** (2010) *Using nursing languages in school nursing practice* (2nd Ed). Silver Spring, MD: The National Association of School Nurses

**Delibera della Giunta Regionale 28 luglio 1997, n. 1455** “*Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna*”. Disponibile da: <http://bur.regione.emilia-romagna.it/archivio>

**Di Giacomo, P. Rigon, L.A.** (2016) *Assistenza Infermieristica e Ostetrica in area materno-infantile*. 2°edizione CEA Milano: Casa Editrice Ambrosiana

**Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., et al.** (2005). *Describing use of nursing interventions for three groups of patients*. Journal of Nursing Scholarship, 37(1), 57-66

**Dochterman, J., Bulechck, G.,** (2004) *Classificazione NIC interventi infermieristici*. Casa Editrice Ambrosiana Milano

**Dochterman, J. M., & Jones, D. A.** (Eds.) (2003) *Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.

- EFN** - European Federation Nurses Association (2015) *Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU EFN Competency Framework*. Adopted at the EFN General Assembly, April 2015, Brussels Competence Frameworks, retrieved from <http://www.efn.be/>
- EFN** - European Federation Nurses Association (2009) Position Statement on Ehealth, retrieved from <http://www.efn.be/>
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C.** (2003). *Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17, 278–284
- Ehrenberg A, Ehnfors M.** (1999) *Patient records in nursing homes: effects of training on content and comprehensiveness*. Scand J Caring Sci 1999; 13: 72–82.
- Escalada-Hernández P., Muñoz-Hermoso P., González-Fraile E., Santos B., González-Vargas J.A., Fera-Raposo I., Girón-García J. L., García-Manso M.** (2014) *A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders* Elsevier <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.05.006>
- Fischetti N.** (2008). *Using standardized nursing languages: A case study exemplar in management of diabetes mellitus*. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 19, 163-166. doi:10.1111/j.1744-618X.2008.00105.x
- Florin, J.F9., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M.** (2005). *Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 16(2), 33–34
- Gordon M.** (2009) *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Gordon, M.** (1998). *Nursing nomenclature and classification system development*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3(2). Retrieved August 10, 2017
- Gordon M.** (1994) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. Mosby Yearbook, St. Louis
- Grade working group** (2017) *Introduction for Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. Updated October 2013, <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>. Retrieved, 06 January 2015

- Gulanick M. & Myers J.L.** (2016) *Piani di assistenza infermieristica. Diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici*. Ed. it. a cura di L.A. Rigon ed O. Meneghetti. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Halloran, E. J., Kiley, M., & England, M.** (1988) *Nursing diagnosis, DRGs, and length of stay*. *Applied Nursing Research*, 1(1), 22-26
- Halloran, E. J., & Kiley, M.** (1987) *Nursing dependency, diagnosis-related groups, and length of hospital stay*. *Health Care Financing Review*, 8(3), 27-36
- Halloran EJ** (1985) *Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses*. *Res Nurs Health*1985, 8(4):421–433
- Hahn J. E.** (2014) *Using Nursing Intervention Classification in an advance practice registered nurse-led preventive model for adults aging with developmental disabilities*. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 304–313
- Haugsdal, C. S., & Scherb, C. A.** (2003). *Using the nursing interventions classification to describe the work of the nurse practitioner*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(2), 87-94
- Hayrinen K, Lammintakanen, J., Saranto K.,** (2010) *Evaluation of nursing documentation- Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing*. *Int J Med Inform*; 79: 554-564
- Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P.** (2008) *Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature*. *Int J Med Inform* 2008; 77: 291–304
- Head J. B., Scherb C. A., Reed D., Marks Conley D, Weinberg B., Kozel M., Gillette S., Clarke M., and Moorhead S.** (2011) *Nursing Diagnoses, Interventions, and Patient Outcomes for Hospitalized Older Adults with Pneumonia* *Research in Gerontological Nursing*, Vol. 4, No. 2, **Hellesø R. ( 2006)** *Information handling in the nursing discharge note*. *J Clin Nurs* 2006; 15: 11–21
- Hendrix, S. E.** (2009). *An experience with implementation of NIC and NOC in a clinical information system*. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 27(1), 7-11
- Henry SB, Warren JJ, Lange L, Button P.** (1998) *A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems*. *J Am Med Inform Assoc* 1998; 5: 321–8
- Henry, S. B., Holzemer, W. L., Randell, C., Hsieh, S., & Miller, T. J.** (1997). *Comparison of nursing interventions classification and current procedural*



*terminology codes for categorizing nursing activities*. Image: Journal of Nursing Scholarship, 29(2), 133138

**Herdman, T.H.** (a cura di). (2012). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2012-2014*. 9°edizione. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano

**Herdman, T.H. & Kamitsuru, S.** (a cura di). (2015). *NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2015-2017*. 10°edizione. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano

**Herdman, T.H. & Kamitsuru, S.** (Eds.). (2017). *Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. 11<sup>th</sup> Edition. Published 2017 by Thieme ( in corso di traduzione)

**Heslop, L** (2014) Australian direct care nurses can make cost savings and improve health-care quality if they have access to meaningful data. International journal of nursing practice 20, 337 338

**Higgins JPT & Green S.** (2009) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. The Cochrane Collaboration John Wiley & Sons Ltd, Chichester

**Hinkle J.L. & Cheever K.H.** (2017) Brunner-Suddarth. *Infermieristica medico chirurgica*. Ed. it. a cura di G. Nebuloni. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano

**ICN- International Council of Nurses (2015)** *Definition and elements of the ICNP*. [on line] Available from <http://www.icn.ch/what-we-do/about-icnpr/> Consultato il 17 settembre 2017

**ICN- International Council of Nurses (2007a)** Positive Practice Environments. Geneva: ICN Publications. [on line] Disponibile da: <http://www.wpro.who.int/topics/nursing/> Consultato il 17 settembre 2017

**ICN- International Council of Nurses (2007b)** Positive Practice Environments: Quality workplace = Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit [on line] <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit/> Consultato il 17 settembre 2017

**Iori, V.** (2009) *Il sapere dei sentimenti: fenomenologia e senso dell'esperienza*. Casa editrice Angeli

**Iowa Intervention Project (2001)** *Determining cost of nursing interventions: A beginning... Iowa Intervention Project*. Nursing Economic, 19, 146-160

**Jennings, B.M., & McClure, M.L.** (2004) *Strategies to advance health care quality*. Nursing Outlook, 52, 17-22

- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G.M., Butcher H, Mass, M.L. & Swanson E.,** (2014) *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC. Sostenere il ragionamento diagnostico e la qualità dell'assistenza*; ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Joseph, A.M.** (2007) *The impact of nursing on patient and organizational outcome.* Nursing Economics, 25(1), 30–34
- Kautz, D., Kuiper, R., Bartlett, R., Buck, R., Williams, R., & Knight-Brown, P.** (2009) *Building evidence for the development of clinical reasoning using a rating tool with the outcome-present state-test (OPT) model.* Southern Online Journal of Nursing Research, 9(1), 8p.
- Kautz, D. D., & Van Horn, E. R.** (2008) *An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines.* International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International, 19(1), 14-19
- Kautz, D.D., Kuiper, R., Pesut, D.J., Williams, R.L.** (2006) *Using NANDA-I, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model.* Int J Nurs Terminol Classif 17 (3), 129-138
- Keenan, G., Yakel, E., Tschannen, D. & Mandeville, M.** (2008) *Documentation and the nurse care planning process.*  
[http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesfdbk/docs/KeenanG\\_DNCP.pdf](http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesfdbk/docs/KeenanG_DNCP.pdf).  
Retrieved September, 18, 2017
- Keenan, G., Tschannen, D., & Wesley, M.** (2008) *Standardized nursing terminologies can transform practice.* The Journal of Nursing Administration, 38(3), 103-106
- Keenan, G., Barkauskas, V., Stocker, J., Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., et al.** (2003) *Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting.* Outcomes Management, 7(2), 74-83
- Keenan, G., Falan, S., Heath, C., & Treder, M.** (2003). *Establishing competency in the use of North American Nursing Diagnosis Association, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification terminology.* Journal of Nursing Measurement, 11(2), 183-198.
- Keenan, G., Stocker, J., Barkauskas, V., Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., et al.** (2003). *Assessing the reliability, validity, and sensitivity of nursing outcomes classification in home care settings.* Journal of Nursing Measurement, 11(2), 13515.

- Keenan, G., Stocker, J., Barkauskas, V., Treder, M., & Heath, C. (2003).** *Toward integrating a common nursing data set in home care to facilitate monitoring outcomes across settings.* *Journal of Nursing Measurement*, 11(2), 157-169
- Keenan, G.M. (1999)** *Use of standardized nursing language will make nursing visible.* *Michigan Nurse*, 72(2), 12–13
- Kelly, A.L., McHugh M.D., Aiken L.H. (2011)** *Nurse outcomes in magnet and non-magnet hospitals.* *Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428 – 433
- Kerr, M. (1991)** *Validation of taxonomies.* In R. Carroll-Johson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the 9<sup>th</sup> conference* (pp. 6-13) Philadelphia, PA: Lippincott
- Kim, J. K. (2010)** *A study on nursing diagnoses, interventions, outcomes frequently used and linkage to NANDA-NOC-NIC in major nursing departments.* *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, 16(2), 121–142
- Kim Y., Park H. (2005a)** *Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes.* *Int J Med Inform* 2005; 74: 952–9
- Kim H. S. (2005b)** *Development and application of the computerized nursing process program for orthopedic surgery inpatients.* *Journal of Korea Academy of Nursing*, 35(6), 979–990
- Kimball B., Joynt J. (2007)** *The Quest for New Innovative Care Delivery Models.* *JONA Vol. 37, N° 9, pp 392-398*
- Kleinbeck S. W. M. (1999)** *Development of the Perioperative Nursing Data Set.* *AORN*, 70, 15–28
- Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K. (2009)** *Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record.* *Int J Nurs Terminol Classif* 2009; 20: 169–80
- Ko E. (2008)** *Construction of nursing information system using NANDANOC-NIC linkage in medical-surgical nursing units (unpublished master's thesis)* Chonnam National University, Kwangju
- Koloroutis, M. (2015)** *Cure Basate sulla Relazione: un modello per trasformare la pratica clinica.* I° edizione. Casa editrice Ambrosiana Milano
- Kuhn, T.S. (1962)** *The structure of Scientific Revolutions.* In T.S. Khun (1969) *The structure of Scientific Revolutions* (2<sup>nd</sup> ed.). Tr. It. A cura di A. Curago (1978) *La struttura delle rivoluzioni scientifiche.* Torino: Einaudi

**Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G, Van Herck P (2008)** *Adjusting for nursing care case mix in hospital reimbursement: a review of international practice*. Policy Polit Nurs Pract 2008, 9(2):94–102

**Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH & Gebbie K (2004)** *Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes*. International journal of nursing terminologies and classifications 15,39-47

**Legge 10 agosto 2000, n. 251** *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*

Legge pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 06 settembre 2000 n. 208. Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso, 20 ottobre 2017

**Legge 1 febbraio 2006, n. 43** *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006 Consultabile al sito <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultimo accesso 20 ott. 2017

**Lee E., Park, H., Nam, M., & Whyte, J. (2011)** *Identification and comparison of interventions performed by Korean school nurses and U.S. school nurses using the NIC*. Journal Scholarship of Nursing, 27, 93–101

**Lee J, Chan ACM & Phillips DR (2006)** *Diagnostic practise in nursing: a critical review of the literature*. Nursing and Health Sciences 8, 57–65

**Lee E. J. (2005)** *Identification of nursing diagnosis-outcome-intervention (NANDA-NOC-NIC) linkage in surgical nursing unit (unpublished master's thesis)*. Chonnam National University, Kwangju

**Liberati A., Altman D.G., Tetzlaff J., Mulrow C., Gøtzsche P.C., Ioannidis J.P.A., Clarke M., Devereaux P.J., Kleijnen J. & Moher D. (2009)** *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration*. PLoSMed 6(7), e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100

**Lolli A., Donegà, D. (2010)** (a cura di) *Nursing sensitive outcomes: è possibile misurare l'assistenza infermieristica?* Atti del Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (CNAI), Orvieto, 22 – 24 ottobre 2009. Milano: Pubblicazione CNAI.

- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J.,** *Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 12, (2).* Available at [http://ojni.org/12\\_2/lundberg.pdf](http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf)
- Lunney, M.,** (1998) *Where are we now? Accuracy of nurses' diagnoses: Foundation of NANDA, NIC, and NOC.* Nursing Diagnosis, 9(2), 83-85
- Lunney, M., Parker, L., Fiore, L., Cavendish, R., & Pulcini, J.** (2004). Feasibility of studying the effects of using NANDA-I, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 22(6), 316-325
- Lunney, M.** (2006) *NANDA Diagnoses, NIC Interventions, and NOC Outcomes Used in an Electronic Health Record With Elementary School Children.* The Journal of School Nursing; Apr 2006; 22, 2; ProQuest pg. 94
- Lunney, M.** (2006) *Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert.* J Nurs Adm 36 (3), 118-125
- Lunney, M.,** (2010) *Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica. Casi clinici con NANDA-I, NOC e NIC.* 1°ed. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Lunney, M.,** (2012) *Accertamento infermieristico, giudizio clinico e diagnosi infermieristiche: come formulare diagnosi accurate.* In *NANDA International, Diagnosi Infermieristiche Definizioni e Classificazione 2012-2014* (Herdman TH ed.). Casa Editrice Ambrosiana, Milano, pp. 86-105
- Lunney, M.,** (2014) *I Collegamenti Nanda-I con Noc e Nic. Sostenere il ragionamento clinico e la qualità dell'assistenza.* 2°ed. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, O Meneghetti. CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Maas, M., Johnson, M., Moorhead, S., Reed, D., & Sweeney, S.** (2003). *Evaluation of the reliability and validity of nursing outcomes classification patient outcomes and measures.* Journal of Nursing Measurement, 11, 97-117
- Maas, M.L., & Delaney, C.** (2004) *Nursing process outcome linkage research: Issues, current status, and health policy implications.* Medical Care, 42(2 Suppl.), II40-II48
- Manojlovich, M., Sidani S.** (2008) *Nurse Dose: what's in a concept?* Research in Nursing & Health, 31(4), 310-319

- Manthey, M.** (2008) *La pratica del primary nursing*. Roma: Il Pensiero Scientifico
- Martin, K.S.** (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management* (Repr. 2nd ed.). Omaha, NE: Health Connections Press
- Matarese M. De Marinis MG, Tagliarini D, Binetti P.** (2000) *Modelli organizzativi assistenziali ed influenze sulla formazione clinica degli studenti del corso di diploma universitario per infermiere*. Nursing Oggi, 2. pp. 24-33
- Manzoni E.** (1996) *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Masson
- Manzoni E.** (2016) *Le radici e le foglie*. CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- McCloskey, J. C., Bulechek, G. M., & Donahue, W.** (1998) *Nursing interventions core to specialty practice*. Nursing Outlook, 46(2), 67-76
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M.** (Eds.). (1997) *Nursing interventions classification (NIC)* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby
- McGillis, Hall L., Doran D., Pink L.** (2008) *Outcomes and intervention to improve hospital nursing work environments*. Journal of Nursing Administration, 38(1),40- 46
- Meleis, A. I.** (2013) *Teoretica infermieristica. Sviluppo e progresso della filosofia e delle teorie infermieristiche* ed. it. a cura di G. Ledonne e S. Tolomeo, CEA- Milano
- Mill, W.** (1991) Why a classification system? In R. Carroll-Johson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the 9<sup>th</sup> conference* (pp. 3-6) Philadelphia, PA: Lippincott
- Millar, J.** (2016). The Need for a Global Language - SNOMED CT Introduction. Stud Health Technol Inform 225, 683-685
- Ministero della Salute** (28 settembre, 2017) *Atto di Indirizzo per l'anno 2018*.  
[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=2642](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2642).  
 Ultimo accesso, 21 ottobre 2017
- Ministero della Salute** (04 ottobre, 2016) *Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute*.  
[www.infermieristicamente.it/media/documento\\_finale\\_4\\_ottobre\\_2016](http://www.infermieristicamente.it/media/documento_finale_4_ottobre_2016).  
 Ultimo accesso, 21 ottobre 2017
- Ministero della Salute** (14 settembre, 2016) *Piano nazionale della Cronicità*.  
[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf).  
 Ultimo accesso, 21 ottobre 2017
- Mintzberg H.** (1996) *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino

- Moher D.**, Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med 6(6), e1000097.doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- Monsen, K.**, Honey, M., & Wilson, S. (2010). *Meaningful use of a standardized terminology to support the electronic health record in New Zealand*. Applied Clinical Information, 1(4), 368–376
- Moon M.** (2011) *Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units* available at Iowa Research Online: <http://ir.uiowa.edu/etd/3356>. Retrieved September 15<sup>Th</sup>, 2017
- Morgan G. (2002) *Images. Le metafore dell'organizzazione*. (5°ed., cap. 3, pp 137-138). Milano: Franco Angeli
- Moorhead S.**, Johnson, M., Maas, M.L., (Eds.). (2004). *Classificazione dei risultati infermieristici NOC*. Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA - Milano
- Moorhead S.**, Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC) (4th ed.)*. St. Louis: Mosby
- Moorhead, S.**, Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2013). *Classificazione dei risultati infermieristici NOC. Misurazione dei risultati di salute*; Ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Morjikian R.L.**, **Kimball B.**, **Joynt J.** (2007) *Leading Change. The Nurse Executive's role in implementing New care Delivery Models*. JONA Vol. 37, N°9 September 2007
- Mortari, L.** (2009). *Aver cura di sé*. I° edizione. Casa editrice Pearson Paravia Bruno Mondadori
- Müller-Staub, M.**, Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M.A., & van Achterberg, T. (2008). *Implementing nursing diagnostics effectively: Cluster randomized trial*. Journal of Advanced Nursing, 63, 291-301. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x
- Muller-Staub, M.** (2007) *Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnostics. A Study on the Use of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Nursing Documentation*. PhD thesis. Elsevier/Blackwell Publishing, Wageningen
- Muller-Staub, M.** Needham, I. Obenbreit, M. Lavin, A. & van Achterberg, T. (2006a) *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 18(1), 5–17

- Muller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., van Achterberg, T., (2006b).** *Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review.* J Adv Nurs 56 (5), 514-531
- Nanda International,** Diagnosi Infermieristiche: *Definizioni e classificazione 2003-2004*” 5°edizione. Ed. it. a cura di C. Calamandrei, (2004) CEA- Milano
- Nanda International,** Diagnosi Infermieristiche: *Definizioni e classificazione 2005-2006*” 6°edizione. Ed. it. a cura di C. Calamandrei, (2006) CEA- Milano
- Nanda International,** Diagnosi Infermieristiche: *Definizioni e classificazione 2007-2008*” 7°edizione. Ed. it. a cura di C. Calamandrei, (2008) CEA- Milano
- Nanda International,** Diagnosi Infermieristiche: *Definizioni e classificazione 2009-2011*” 8°edizione. Ed. it. a cura di C. Calamandrei, (2009) CEA- Milano
- National Association of School Nurses (NASN, 2012);** consulted on 01<sup>th</sup> October 2017 by <https://www.nasn.org/home>
- Nebuloni, G. (2017)** *Assistenza infermieristica alla persona anziana percorsi di promozione della salute, di educazione e di assistenza.* 2 ° ed CEA-Milano
- Nelson, J.W. (2011)** *Measuring caring-The next frontier in understanding workforce performance and patient outcomes.* Nursing Economics, 29(4), 215 – 219
- Noh H.K. & Lee E. (2014)** *Relationships Among NANDA-I Diagnoses, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions Classification by Nursing Students for Patients in Medical-Surgical Units in Korea.* International Journal of Nursing Knowledge Volume 26, No. 1, January 2015
- O’Connor N. A., Hameister, A. D., & Kershaw, T. (2000)** *Application of standardized nursing language to describe adult nurse practitioner practice.* Nursing Diagnosis, 11(3), 109–120
- O’Connor, N. A., Hameister, A. D., & Kershaw, T. (2000)** *Developing a database to describe the practice patterns of adult nurse practitioner students.* Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 32(1), 57-63
- O’Connor, N. A., Kershaw, T., & Hameister, A. D. (2001)** *Documenting patterns of nursing interventions using cluster analysis.* J. Nursing Measurement, 9(1), 73-90
- Omaha System (2013)** *Solving the clinical data-information puzzle.* Retrieved October 15, 2017, from <http://www.omahasystem.org/overview.html>
- Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC, 2017)** *Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis;* on 01<sup>th</sup> Oct 2017



- Padre Tomas Tyn**, OP (1980) *Dispense di TEOLOGIA MORALE. Trattato DE FINE ULTIMO Anno Accademico 1980/81*
- Paans W**, Sermeus W, Nieweg RM, Krijnen WP & van der Schans CP (2012) Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? A randomised study. *BMC nursing* **11**, 11.
- Paans, W**, Roos Nieweg, M.B., van der Schans C.P and Sermeus, W. (2011) *What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review.* *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2386–2403
- Paans, W.**, Sermeus, W., Nieweg, M.B. & van der Schans C.P. (2010a) *Psychometric properties of the D-Catch instrument, an instrument for evaluation of the nursing documentation in the patient record.* *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1388–1400
- Paans, W.**, Sermeus, W., Nieweg, M.B. & Van der Schans, C.P. (2010b) *Determinants of accuracy of nursing diagnoses: influence of ready knowledge, knowledge sources, disposition toward critical thinking, and reasoning skills.* *Journal of Professional Nursing* 26(4), 232-241
- Paans, W.**, Sermeus, W., Nieweg, M.B. & Van der Schans, C.P. (2010c) *Prevalence of accurate nursing documentation in patient record.* *Journal of Advanced Nursing* 66(11), 2481–2489
- Paans, W.**, Sermeus, W., Nieweg, R. M. B., & Van Der Schans, C. P. (2010d) *D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals.* *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1388–1400
- Palese A.**, De Silvestre D., Valoppi G., Tomietto M. (2009) *A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy.* *International Journal of Nursing terminologies and classifications*, 20(2), 64-75
- Park H.**, Tucker D.A. (2015) *Capturing key NANDA- Nursing Diagnoses from actual Clinical Data for Patients with heart failure.* *International Journal of Nursing Knowledge* DOI: 10.1111/2047-3095.12097
- Park, H.** (2014). *Identifying Core NANDA-I Nursing diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure.* *International Journal of Nursing Knowledge* 25, (1), February 2014

- Park, H.** (2013) *Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adult with heart failure: A preliminary descriptive study*. *Research of Gerontology Nursing*, 6, 234–241.
- Park, H.** (2011) *NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure* Dissertation University of Iowa
- Parris, K. M., Place, P. J., Orellana, E., Calder, J. A., Jackson, K., Karolys, A., et al.** (1999) *Integrating nursing diagnoses, interventions, and outcomes in public health nursing practice*. *Nursing Diagnosis: ND : The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 10(2), 49-56
- Pérez Rivas, F. J., Martín-Iglesias, S., Pacheco Del Cerro, J. L., Minguet Arenas, C., García López, M., & Beamud Lagos, M.** (2015) *Effectiveness of nursing process use in primary care*. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi:10.1111/2047-3095.12073
- Pirson M, Delo C, Di Pierdomenico L, Laport N, Biloque V & Leclercq P** (2013) *Variability of nursing care by APR-DRG and by severity of illness in a sample of nine Belgian hospitals*. *BMC nursing* 12, 26
- Pontello, G.** (1998) *Il management infermieristico. Organizzare i servizi infermieristici negli anni 2000*. Milano: Masson
- Przeworski A., Tenue, H.** (1970) *The Logical of Comparative Social Inquiry*. New York Wiley, p.93
- Professioni Infermieristiche** (1983) Editoriale, Volume XXXVI 1983, Pi
- Renaud M.T., Rutledge C., Shepherd L.** (2012) *Preparing Emotionally Intelligent Doctor of Nursing Practice Leaders*. *Journal of Nursing Education* Vol 51, N° 8, pp 454-460
- Reed, D., Titler, M. G., Dochterman, J. M., Shever, L. L., Kanak, M., & Picone, D. M.** (2007). *Measuring the dose of nursing intervention*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. The Official Journal of NANDA International, 18(4), 121-130
- Rigon, L.A. & Santin, C.** (2016) *Le Tassonomie NNN e la documentazione dell'assistenza infermieristica in Italia. Atti dei convegni 2014, 2015 e 2016. Riflessioni ed esperienze*. CEA Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Rigon L.A.** (ottobre 2017) *Processo di Assistenza Infermieristica*. Formazione in Agorà- Padova

**Rigon L.A.** (febbraio 2017) *Personalizzazione e pianificazione infermieristica con modello Gordon ed aspetti giuridici nella tenuta della documentazione*. Formazione in Agorà- Padova

**Rigon L.A.** (2012) *Modelli Organizzativi Del Lavoro*. Formazione in Agorà - PDa

**Rivera, J. C., & Parris, K. M.** (2002) *Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice*. *Nursing Diagnosis*, 13(1), 15

**Rykkje L.** (2009) *Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing*. *Vard i Norden* 2009; 29: 9–13

**Rosenthal, G. E., Halloran, E. J., Kiley, M., Landefeld, C. S., & Nurses of University Hospitals of Cleveland.** (1995) *Predictive validity of the nursing severity index in patients with musculoskeletal disease*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(2), 179188

**Rosenthal, G. E., Halloran, E. J., Kiley, M., Pinkley, C., Landefeld, C. S., & Nurses of University Hospitals of Cleveland.** (1992) *Development and validation of the nursing severity index: A new method for measuring severity of illness using nursing diagnoses*. *Medical Care*, 30(12), 1127-1141

**RNAO- Registered Nurses Association of Ontario (2006a)** *Healthy work environments: best practice guidelines overall project background*. Toronto: RNAO Publications. [on line] Disponibile da:

<http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241>. Consultato il 17 settembre 2017

**RNAO- Registered Nurses Association of Ontario (2006b)** *Healthy work environments: best practice guidelines collaborative practice among nurses teams*.

Toronto: RNAO Publications. [on line]

[http://www.rnao.org/Storage/23/1776\\_BGP\\_Collaborative\\_Practice.pdf](http://www.rnao.org/Storage/23/1776_BGP_Collaborative_Practice.pdf).

Consultato il 17 settembre 2017

**RN4CAST – RN4CAST Consortium, Nurse forecasting in Europe (2009)** *RN4CAST Research Protocol*. [on line] <http://www.rn4cast.eu/en/pagesprotocol>.

Consultato il 28 agosto 2017

**Rutherford, M. A.** (2008). *Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice?* *Online J. of Issues in Nursing*, 13(1). Retrieved August 10, 2015, from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/StandardizedNursingLanguage.html>

- Sanson G.**, Vellone E., Kangasniemi M., Alvaro R. e D'Agostino F. (2017) *Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: A systematic literature review*. Journal of Clinical Nursing. J Clin Nurs. doi:10.1111/jocn.13717
- Sansoni, J.** (2010) *Il contributo dell'ICN alla valutazione degli esiti attraverso l'ICNP*. In: A. Lolli, D. Donegà (a cura di) *Nursing sensitive outcome: è possibile misurare l'assistenza infermieristica?* Atti del Convegno Nazionale della Consoc. Nazionale Associazioni infermiere/i. Milano: Pubblicazione CNAI, pp. 39 – 46
- Sansoni J.**, Giustini M. (2006) *More than terminology: using ICNP® to enhance nursing's visibility in Italy*. International Nursing Review, 53(1), 21-27
- Sansoni J.**, Luzzi L., Degan M., Woinowski G., La Torre E., Giustini M., Bonardi M.S. (2003) *Traduzione e validazione italiana della classificazione internazionale della pratica infermieristica (ICNP Beta)*. Professioni infermieristiche, 55(2), 66-77
- Santin C.** (2013) Tesi del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche “*Leadership infermieristica nei modelli innovativi assistenziali*”
- Santos, F. A. S.**, de Melo, R. P., & Lopes, M. V. (2010) *Characterization of health status with regard to tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification*. Journal of Vascular Nursing, 28, 14–20
- Saranto K.**, Kinnunen, U.M., Kivekas, E., Lappalainen, A.M., Liljamo, P., Rajalahti, E., Hypponen, H. (2014) *Impacts of structuring nursing records: a systematic review*. Scand J Caring Sci 28 (4), 629-647
- Saranto K.** & Kinnunen, U.M. (2009) *Evaluating nursing documentation-research designs and methods: systematic review*. J. of Advanced Nursing 65(3),464–476
- Saranto K.**, Kinnunen, U.M., Kivekas, E., Lappalainen, A.M., Liljamo, P., Rajalahti, E., Hypponen, H. (2014) *Impacts of structuring nursing records: a systematic review*. Scand J Caring Sci 28 (4), 629-647
- Sartori G.** (1970) *Concept Misformation in Comparative Politics*. American Political Science Review, LXIV: 1033-1053
- Schneider, J. S.**, & Slowik, L. H. (2009) *The use of the nursing interventions classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International, 20(3), 132-140
- Scherb, C. A.**, Head, B. J., Hertzog, M., Swanson, E., Reed, D., Maas, M. L., Weinberg, B. (2011) *Evaluation of outcome change scores for patients with*

*pneumonia or heart failure*. Western Journal of Nursing Research, 35, 117–140

**Scherb, C.A., Head, B.J., Maas, M.L., Swanson, E.A., Moorhead, S., Reed, D., Kozel, M.** (2011) *Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: Part 1*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 22, 13-22. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01164.x

**Scherb, C. A., Stevens, M. S., & Busman, C.** (2007) *Outcomes related to dehydration in the pediatric population*. Journal of Pediatric Nurses, 22, 376–382

**Scherb, C. A.** (2002) *Outcomes research: Making a difference in practice*. Outcomes Management, 6(1), 22-26

**Schneider, J.S., Barkauskas, V., & Keenan, G.** (2008). *Evaluating home health care nursing outcomes with OASIS and NOC*. Journal of Nursing Scholarship, 40, 76–82

**Shever, L. L., Titler, M. G., Kerr, P., Qin, R., Kim, T., & Picone, D. M.** (2008) *The effect of high nursing surveillance on hospital cost*. Journal of Nursing Scholarship, 40, 161–169

**Shever L. L., Titler, M., Dochterman, J., Fei, Q., & Picone, D. M.** (2007) *Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations*. International Journal of Nursing Terminology Classification, 18, 18–29

**Schneider J. S., & Slowik, L. H.** (2009) *The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care*. International Journal of Nursing Terminology Classification, 20, 132–140

**Sironi C.** (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica: i fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. I° edizione. CEA- Milano

**Smith V., Devane D., Begley C., Clarke M.,** (2011) *Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions*. Smith et al. BMC Medical Research Methodology 2011, 11:15 Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/15>

**Spirig R, Spichiger E, Martin JS, Frei IA, Muller M & Kleinknecht M** (2014) *Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol*. German medical science 12, Doc07

**Solari-Twadell, P. A., & Hackbarth, D. P.** (2010) *Evidence for a new paradigm of the ministry of parish nursing practice using the Nursing Intervention Classification system*. Nursing Outlook, 58, 69–75

- Stone, P.W., Lee, N.J., Giannini, M., & Bakken, S. (2004).** *Economic evaluations and usefulness of standardized nursing terminologies.* International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 15, 101-113
- Swedish Patient Act. (2008).** Statens författningssamling 2008:355 (in Swedish). Retrieved September 10, 2017, from [http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag2008355_sfs-2008-355/)
- [Tastan, S.](#) [Linch GC.](#) [Keenan GM.](#) [Stifter J.](#) [McKinney D.](#) [Fahey L.](#) [Lopez KD.](#) [Yao Y](#) & [Wilkie DJ](#) (2014)** *Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies:A systematic review.* I.J. Nurs. Stud
- Thede, L., & Schwiran, P. (2014)** Informatics: The standardized nursing terminologies: A national survey of nurses' experiences and attitudes- survey. Online Journal of Issues in Nursing, 20 (1)
- Thoroddsen A., Ehrenberg, A., Sermeus, W., Saranto, K., (2012)** *A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries.* [Nurs Inform.](#) 23; 2012:406
- Thoroddsen A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2010)** *Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages.* International Journal of Nursing Terminology Classification, 21, 69–79
- Thoroddsen A & Ehnfors M (2007)** *Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation.* Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1820–1836
- Titler, M. G., Jensen, G. A., Dochterman, J. M., Xie, X. J., Kanak, M., Reed, D., et al. (2008)** *Cost of hospital care for older adults with heart failure: Medical, pharmaceutical, and nursing costs.* Health Services Research, 43(2), 635-655
- Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D. M., et al. (2007)** *Cost of care for seniors hospitalized for hip fracture and related procedures.* Nursing Outlook, 55, 5-14
- Titler, M., Dochterman, J., Xie, X., Kanak m, Fei, Q., Picone, D. M., et al. (2006)** *Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures.* Nursing Research, 55(4), 231-242
- Törnvall, E. & Jansson I. (2015)** *Preliminary Evidence for the Usefulness of Standardized Nursing Terminologies in Different Fields of Application: A Literature Review.* International Journal of Nursing Knowledge. Int. 28, 109-119

- Törnvall, E, Wahren LK, Wilhelmsson S. (2009) *Advancing nursing documentation– an intervention study using patients with leg ulcer as an example.* Int J Med Inform 2009; 78: 605-17**
- Törnvall, E, Wilhelmsson S, Wahren LK. (2004) *Electronic nursing documentation in primary health care.* Scand J Caring Sci 2004; 18: 310–7**
- Tseng, H., & Moorhead, S. (2014). *The use of standardized terminology to represent nursing knowledge: Nursing interventions relevant to safety for patients with cancer.* Nursing Informatics, 201, 298–333.**
- Trinkoff, A.M., Johantgen M., Storr C.L. Gurses A.P . Liang Y. Han K. (2011) *Linking Nursing Work Environment and Patient Outcomes.* Journal of Nursing Regulation , 2(1), 10-16.**
- Urquhart C., Currell R., Grant M.J. & Hardiker N.R. (2009) *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database of Systematic Review 21(1), CD002099**
- Virgoletti, E., Doro L., Mecugni D., Pavarelli L., Iemmi M., Prandi M., Gradellini C. (2012) *L'utilizzo della tassonomia Nanda nella pratica clinica: Reggio-Emilia e Tarragona a confronto.* L'Infermiere, 5, 24- 27**
- Warren JJ. & Hoskins LM (1990) *The development of Nanda's nursing taxonomy.* Nursing Diagnosis 1, 162–168**
- Welton, J., & Harper, E. (2015) *Nursing Care Value-Based Financial Models.* Nursing Economics, 33(1)**
- Welton, J., & Harper, E. (2016a) *Measuring Nursing Care Value From the Electronic Health Record* Nursing Economics, doi:10.3233/978-1-61499-658-3-63**
- Welton, J., & Harper, E. (2016b) *Measuring Nursing Care Value* Nursing Economics, 34(1), 7-14**
- Welton JM, Fischer MH, DeGrace S, Zone-Smith L (2006) *Hospital nursing costs, billing, and reimbursement.* Nurs Econ 2006,24(5):239–245. 262, 227**
- Welton, J. M., & Halloran, E. J. (2005) *Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes.* The Journal of Nursing Administration, 35(12), 541-549**
- Welton, J. M., & Halloran, E. J. (1999) *A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes.* Proceedings / AMIA Annual Symposium.AMIA Symposium, 171-175.**
- Werley H. H., Lang N. M. (1988) *Identification of the Nursing Minimum Data Set.* New York, Springer Publishing Company**

- West**, E. Rafferty A.M., Lankshear A. (2004) *The future nurse: evidence on the impact of registered nurses*. London: Royal College of Nursing (RCN) Publications. [on line] [http://www.rcn.org/\\_data/assets/pdf\\_file/](http://www.rcn.org/_data/assets/pdf_file/) Consultato il 17 settembre 2017
- Westra** BL, Subramanian A, Hart CM, Matney SA, Wilson PS, Huff SM, Huber DL, Delaney CW. (2010) *Achieving “meaningful use” of electronic health records through the integration of the nursing management minimum data set*. J Nurs Adm 2010; 40: 336–43. 6
- Westra** BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. (2008) *Nursing standards to support the electronic health record*. Nurs Outlook 2008; 56: 258–66.e1.
- Wilkinson** J. (2013) *Processo infermieristico e pensiero critico* 3°ed, CEA- Milano
- Wilkinson** J.M. & Barcus L. (2017) *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC*. Ed. it. a cura di O Meneghetti e L.A. Rigon. CEA - Casa Editrice Ambrosiana, Milano
- Witiek** P. (2004) *European Nursing care Pathways (ENP)*. [on line] [http://www.recom-verlag.de/fileadmin/enp\\_rnd/pressezentrum/pdf/ENP\\_ENP-Leseprobe\\_presse\\_it.pdf](http://www.recom-verlag.de/fileadmin/enp_rnd/pressezentrum/pdf/ENP_ENP-Leseprobe_presse_it.pdf).
- Consulted on 10<sup>th</sup> September 2017
- World Health Organization (WHO)**. (2013) *The WHO Family of International Classifications*. Retrieved September 17, 2017, from <http://www.who.int/classifications/en/>
- Zampieron**, A., Aldo S., Corso M. (2011) *A retrospective study on nursing diagnoses, outcomes and interventions for patients admitted to cardiology rehabilitation unit*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 22(4), 148 – 156
- Zwaanswijk** M., Verheij, R. A., Wiesman, F. J., & Friele, R. D. (2011) *Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: An interview study*. BMC Health Services Research, 11, 256



La gratitudine è un gentil sentimento di riconoscenza che come un fiore accarezza l'animo delle persone care, che con la Loro presenza, ascolto, accoglienza, cure costanti, continue e responsive donano melodica armonia relazionale e spirituale.

.....e la Mia gratitudine infinita è rivolta alla mia famiglia nativa, alle mie famiglie adottive personali e professionali, al mio compagno di vita, agli amici, agli Angeli che in cielo custodiscono e serbano i miei sogni, i miei desideri, a tutti coloro che condividono con me valori, ideali, passioni, che si sentono toccati nel cuore dalle mie parole e che abbracciano, condividono con me pezzi del cammino quotidiano della mia vita.

Nel Vostro esserci con rispetto e amore, siete forza, soffio di energia e sicurezza e, per questo a Voi, con infinita bellezza, dedico i frutti del mio operoso studiare, con l'augurio che la fiamma e la luce e la luce calda del Nostro benedire illumini la memoria delle Nostre vibranti emozioni.