



Diagnosi infermieristiche e pianificazione dell'assistenza domiciliare nell'ASL di Brescia

Paolo Carlo Motta

Infermiere, ricercatore, Università degli Studi di Brescia

Simonetta Di Meo

Responsabile SITRA, ASL Brescia

Carla Noci

Servizio Formazione, ASL Brescia

Loredana Ghiorzi, Maria Angela Rizzieri

Infermieri, staff del progetto formativo

Abstract

Il presente articolo illustra i risultati di un progetto di formazione e ricerca realizzato a partire dal mese di ottobre 2007 presso l'ASL di Brescia. Tale progetto, rivolto a un gruppo di circa 90 infermieri operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare, perseguiva un duplice obiettivo: consolidare negli infermieri partecipanti la competenza metodologica relativa alla formulazione delle diagnosi infermieristiche, alla pianificazione e alla documentazione dell'assistenza infermieristica e indagare, attraverso il metodo attivo della consensus conference applicato a tali contenuti, le caratteristiche fondamentali del nursing in ambito domiciliare. Il progetto si è concretizzato in un corso di aggiornamento, durante il quale gli infermieri partecipanti hanno potuto esprimere la propria valutazione in merito alla natura dei problemi di salute prevalentemente incontrati durante la presa in carico domiciliare, alla loro possibile codifica attraverso il linguaggio proposto dalla classificazione delle diagnosi infermieristiche della North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA International), al grado di autonomia nell'identificazione e nel trattamento di tali diagnosi, alla tipologia degli interventi assistenziali prevalentemente pianificati e attuati, alla qualità della documentazione attualmente in uso. L'analisi dei dati raccolti configura il profilo di un infermiere domiciliare con competenza avanzata, chiamato ad affrontare problemi socio-sanitari complessi e che richiedono un approccio integrato e multidisciplinare. Nel contesto territoriale della provincia bresciana, secondo gli infermieri partecipanti, il grado di autonomia nell'identificazione delle diagnosi infermieristiche e l'impegno nella pianificazione degli interventi permangono maggiormente orientati verso gli ambiti che riguardano la sfera bio-fisiologica (modello di eliminazione, di alimentazione, cura del sé ecc.). Tuttavia, l'infermiere che fornisce assistenza in ambito domiciliare si confronta sempre più spesso con problematiche emergenti, come la gestione dell'aderenza al regime terapeutico, il supporto comunicativo e relazionale, lo stimolo motivazionale alla gestione del coping e la supervisione del ruolo del caregiver. Infine, il progetto di formazione e ricerca ha stimolato la riflessione sulla necessità di migliorare la struttura e le modalità di gestione della documentazione infermieristica domiciliare.

Parole chiave: *assistenza domiciliare, diagnosi infermieristiche, pianificazione, specifico professionale, documentazione*

INTRODUZIONE

La ricerca sullo sviluppo, sulla classificazione e sull'adozione nella pratica assistenziale di un insieme di diagnosi infermieristiche rappresenta un fondamento della scienza infermieristica, originato negli Stati Uniti nella prima metà degli anni Settanta¹, rapidamente estesosi a livello internazionale e introdotto anche in Italia a partire dalla fine degli anni Ottanta (Motta, 2002).

Attualmente, la principale organizzazione infermieristica mondiale per la classificazione e lo sviluppo delle diagnosi infermieristiche è la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA International), che definisce queste ultime "un giudizio clinico relativo alle risposte di un individuo, una famiglia o una comunità, a problemi di salute reali o potenziali e ai processi vitali.

Le diagnosi infermieristiche forniscono le basi per la scelta degli interventi infermieristici finalizzati al raggiungimento di risultati dei quali l'infermiere è responsabile" (NANDA-I, 2008, p.326). Nel corso degli anni, sono state avanzate numerose tesi per sostenere la necessità di riferirsi alle diagnosi infermieristiche nella pratica assistenziale. In primo luogo, esse sarebbero legittimate dalla constatazione dell'esistenza di particolari problemi di salute, non compresi nella diagnosi medica, gestiti autonomamente dagli infermieri, che si assumono in toto la responsabilità della loro identificazione e del conseguente trattamento. Inoltre, le diagnosi infermieristiche permetterebbero di standardizzare meglio il linguaggio tecnico-scientifico dell'infermieristica e di supportare sia un'appropriata documentazione dell'assistenza fornita, sia un coerente sistema di valutazione dell'efficacia degli interventi, in rapporto con i loro esiti. Infine, più recentemente, le diagnosi infermieristiche sono state individuate come una base concreta per un'accurata determinazione dei costi dell'assistenza infermieristica stessa. Insieme alla classificazione degli interventi e degli esiti dell'assistenza, le diagnosi infermieristiche rappresentano una struttura teorica "per organizzare la conoscenza che è necessaria all'infermiere clinico" (Fitzpatrick, 1996), ponendo così in evidenza come la scienza infermieristica, in quanto connessa a un'attività professionale di tipo pratico, debba produrre strumenti concettuali concreti, utilizzabili dagli infermieri innanzitutto per gestire le informazioni relative alla pratica clinica, anche in ambiti che richiedono una forte integrazione delle stesse in sistemi informativi sanitari di tipo multidisciplinare.

L'applicabilità delle diagnosi infermieristiche al contesto assistenziale italiano ha suscitato fin dagli anni Novanta un intenso dibattito all'interno della professione infermieristica. Alle tesi sostenute dagli infermieri favorevoli alla loro introduzione sono state contrapposte considerazioni di varia natura, collegate all'inappropriatezza della scelta di aderire a un processo di ricerca quasi interamente originato e condotto in una realtà distante geograficamente e culturalmente da quella italiana, al rischio di un'eccessiva standardizzazione del linguaggio e alla conseguente de-personalizzazione della pratica, alla sensazione che il dibattito stesso fosse rinchiuso in una cerchia di "addetti ai lavori", con scarse o nulle ricadute positive per la pratica professionale, alle resistenze di una parte della professione medica, che ancora si considera titolare esclusiva del diritto a utilizzare propriamente il termine "diagnosi" nell'esercizio della professione. Certamente, a distanza di più di un decennio dall'avvio della riflessione sul tema delle diagnosi infermieristiche, occorre rilevare che

nel nostro Paese non si è ancora raggiunto un livello di ricerca applicata tale da permettere di esprimere un giudizio compiuto sulla loro applicabilità e utilità pratica e le diagnosi stesse sono largamente inutilizzate dagli infermieri clinici. Le esperienze maggiormente significative su questo tema si sono realizzate nell'ambito della didattica universitaria, per opera di docenti e formatori che hanno da tempo colto il valore delle diagnosi e della loro classificazione secondo i modelli funzionali di salute di Marjory Gordon come strumenti fondamentali per articolare l'insegnamento dell'infermieristica clinica, se non l'intero core curriculum (Calamandrei, 2001; D'Addio & Calamandrei, 1999; Gordon, 2008²).

L'UTILIZZO DELLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: BACKGROUND SCIENTIFICO²

La letteratura internazionale sull'utilizzo delle diagnosi infermieristiche nei diversi ambiti assistenziali è oggi imponente, tuttavia anche in questo ambito si osserva una netta prevalenza di materiali relativi alla loro applicazione nell'attività clinica ospedaliera, mentre ancora poco è studiato e pubblicato in riferimento al territorio e all'assistenza domiciliare (Müller-Staub et al., 2006; Lee et al., 2006).

In relazione al rapporto tra utilizzo delle diagnosi infermieristiche e qualità dell'assistenza infermieristica domiciliare, uno studio retrospettivo condotto in Slovenia (Gec, 2006) ha dimostrato l'aumento della qualità dell'assistenza infermieristica extraospedaliera a 15 anni di distanza dall'implementazione delle diagnosi infermieristiche NANDA nei piani di assistenza domiciliare. In Svezia, una ricerca descrittiva qualitativa (Axelsson et al., 2006) ha dimostrato che esse migliorano l'assistenza infermieristica, attraverso la presa in carico globale del paziente come individuo, e influenzano positivamente la percezione del ruolo infermieristico.

Di particolare interesse per il presente articolo è la ricerca condotta da un'équipe statunitense di infermieri ricercatori, che in una prima fase ha sviluppato un sistema standardizzato di documentazione che integra le diagnosi infermieristiche NANDA con interventi (NIC) e risultati (NOC) basati sulla classificazione proposta dal Centro di ricerca infermieristica dell'Università dell'Iowa (Parris et al., 1999).

Tale progetto, determinando la possibilità di documentare diagnosi e interventi prevalenti nell'assistenza infermieristica extraospedaliera, ha reso più appropriata, sistematica ed efficiente l'analisi del servizio offerto rispetto alla tradizionale documentazione basata sulle libere registrazioni. In una seconda fase, a distanza di qualche anno dall'introduzione del nuovo sistema di documentazione, è stata valutata

la frequenza di utilizzo delle diagnosi e degli interventi mediante uno studio retrospettivo riferito a 1500 registrazioni infermieristiche, pari al 50% del totale delle rilevazioni effettuate dagli infermieri di comunità dal 1997 al 1998 (Rivera & Parris, 2002).

Lo studio ha permesso di classificare 49 diagnosi infermieristiche e 106 interventi assistenziali prevalenti in ambito domiciliare e ha fornito elementi per individuare le principali correlazioni tra diagnosi, interventi e tipologie di casi trattati. Secondo gli autori, l'adozione di una classificazione standardizzata di diagnosi e interventi prevalenti permette di identificare con maggiore precisione gli ambiti di intervento e le funzioni tipiche dell'infermiere di sanità pubblica e implica la costruzione di un corpo di conoscenze specifiche e avanzate sui processi di assistenza domiciliare.

Analogamente, uno studio osservazionale condotto negli anni Novanta in Spagna (Flores i Boixader, 1996) su un campione di soggetti anziani con età superiore a sessantacinque anni (115 casi) ha permesso di documentare i principali problemi assistenziali a domicilio: per il 66% dei soggetti essi erano riferiti al modello nutrizionale e metabolico; per il 61%, al modello dell'attività fisica; per il 61% al modello cognitivo-percettivo; per il 53% al modello dell'eliminazione urinaria e intestinale. In particolare, le diagnosi maggiormente riscontrate riguardavano le alterazioni della cute. In Italia, un gruppo di ricercatori dell'unità di terapia palliativa e del dolore dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano (Peruselli et al., 1992) ha analizzato i piani di assistenza infermieristica domiciliare per pazienti malati di cancro in fase terminale, identificando le diagnosi infermieristiche prevalenti (ansia, stipsi e insufficiente apporto alimentare). Inoltre, gli autori hanno sottolineato la necessità di migliorare gli strumenti di assessment infermieristico, attraverso l'inserimento di un sistema di valutazione multidimensionale, poiché dal confronto tra i problemi riportati da 15 pazienti in un self-report settimanale e quelli identificati dallo staff infermieristico emergeva una congruenza del 63%, riferita quasi esclusivamente alla dimensione somatica. La difficoltà da parte degli infermieri dell'ambito domiciliare nel rilevare i problemi di natura psicologica degli assistiti è stata riscontrata anche in uno studio coreano (Hur et al., 2000), da cui emerge che le 6 diagnosi che si presentano con frequenza superiore al 20% nelle rilevazioni infermieristiche effettuate su 123 pazienti domiciliari affetti per il 40% da tumore e per il 27% da accidenti vascolari o danni cerebrali traumatici risultano essere: la compromissione dell'integrità cutanea (44,7%); il rischio di infezione (38,2%); la nutrizione inferiore al fabbisogno (36,6%); il rischio di compromissione dell'integrità cutanea (25,2%) e il dolore (20%).

Il livello di difficoltà riscontrato nell'uso delle diagnosi infermieristiche nella pratica clinica e nel collegamento con la pianificazione degli interventi e la valutazione dell'efficacia è documentato anche in uno studio descrittivo condotto mediante questionario a scale Likert dall'University Hospital of San Paulo (da Silva Bastos Cerullo & de Almeida Lopes Monteiro, 2006), che ha considerato la formulazione di 155 diagnosi infermieristiche da parte di un gruppo di cinquanta infermieri. Lo studio ha esaminato la frequenza di formulazione delle diagnosi e la relazione tra queste ultime e la pianificazione degli interventi. Anche in questo studio, appare maggiore la difficoltà di pianificare interventi collegati alla diagnosi, rispetto a quella di formulare una diagnosi corretta, in particolare per gli infermieri che si occupano di assistenza agli adulti e si conferma una maggiore attenzione all'individuazione dei problemi di natura bio-fisiologica, rispetto a quelli psicosociali. Tutti gli autori insistono sulla necessità che l'apprendimento delle diagnosi infermieristiche e della correlata pianificazione dei risultati e degli interventi si realizzi non solo a livello formativo, ma soprattutto nella pratica clinica.

IL CONTESTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN LOMBARDIA E NELL'ASL DI BRESCIA

Il peso crescente della popolazione anziana e delle patologie croniche, unitamente al processo di riqualificazione della funzione dell'assistenza ospedaliera e allo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi delle cure, ha imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio. I recenti Piani Sanitari Nazionali e i Piani Socio Sanitari della Regione Lombardia fanno propri questi mutamenti, rilevando l'importanza di un approccio alla salute che valorizzi gli interventi domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri. A tale proposito, un importante riferimento in Lombardia è rappresentato dalla Legge Regionale 31/97, che sancisce la separazione tra funzioni di Programmazione, Acquisto e Controllo (poste in capo alle ASL) ed erogazione dei servizi, nonché i principi della concorrenza, attraverso l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, e della libera scelta del cittadino utente. In questo contesto, dal 1° luglio 2003 anche l'assistenza domiciliare ha iniziato un percorso di cambiamento e, dopo un periodo di sperimentazione in due ASL lombarde, sono diventati operativi in tutta la Regione i voucher socio sanitari³. Tutte le persone "fragili" che necessitano di assistenza, per rimanere in famiglia, possono utilizzare questi voucher per acquistare direttamente da soggetti accreditati le

prestazioni socio sanitarie integrate di cui hanno bisogno, svolte a domicilio da personale professionalmente qualificato. L'introduzione di voucher socio sanitari e il percorso di "esternalizzazione" delle cure domiciliari è stato realizzato in modo diversificato da parte delle singole ASL, in funzione delle risorse presenti, del modello organizzativo esistente e, complessivamente, dell'investimento che negli anni è stato realizzato nel settore.

L'ASL di Brescia, che negli anni ha fortemente investito nelle cure domiciliari, ha realizzato un sistema organizzativo orientato a creare e gestire la rete dei servizi territoriali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) rivolti alle persone fragili. La regia è svolta dalle Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionali (UCAM, già Unità di Valutazione Multidimensionale), composte dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dell'assistito, dall'Infermiere dell'ASL, dall'Assistente Sociale dell'ASL o del Comune di residenza, dal Medico del Distretto. A seguito di una valutazione multidimensionale di tipo funzionale, clinico, socio-abitativo, vengono identificati i problemi dell'utente, gli obiettivi perseguibili e i servizi della rete da attivare. Quando si ravvisa l'esigenza di rispondere a problemi di competenza infermieristica, l'utente sceglie l'Ente erogatore accreditato (Distretto ASL o Ente esterno) che provvede ad attivare l'infermiere per la realizzazione del piano assistenziale concordato. Questo processo viene documentato attraverso la compilazione di un Fascicolo Utente (sia cartaceo, sia informatizzato), composto da diverse sezioni e compilato dai professionisti dell'UCAM in funzione delle specifiche competenze. L'infermiere dell'ASL che interviene a domicilio e prende in carico l'utente documenta il processo assistenziale utilizzando un Fascicolo Infermieristico, in uso dal 2002 (ancora oggi in modo non completamente uniforme nei 12 Distretti dell'ASL), che si propone di fornire un utile supporto alla pianificazione e alla documentazione dell'attività infermieristica domiciliare, costituendosi come parte integrante del Fascicolo Utente. In tale contesto, la pratica infermieristica può assumere caratteristiche diverse in relazione ai bisogni delle persone assistite, dalle visite domiciliari occasionali e per specifiche prestazioni a forme continuative di assistenza domiciliare integrata (ADI). La popolazione destinataria dell'assistenza infermieristica domiciliare è diversificata per tipologia di problemi di salute e per complessità assistenziale e spesso comprende grandi anziani cronici non autosufficienti con polipatologie, con richieste di intervento relative alla gestione di sindromi ipocinetiche, lesioni da pressione, lesioni vascolari e diabetiche, problemi di

alimentazione e idratazione, nutrizioni enterali e parenterali totali, alterazioni dell'alvo, prevenzione dei traumatismi, valutazione e trattamento del dolore, cateterismo vescicale a dimora, esecuzione di prelievi ematici e test diagnostici, monitoraggio dei parametri (neutropenia e alterazioni della coagulazione).

L'infermiere ricopre una posizione centrale nell'attivazione del servizio, poiché partecipa, con propri strumenti di assessment, alla valutazione delle richieste di intervento formulate dall'utenza all'UCAM. Inoltre, gli infermieri che operano presso l'UCAM avviano la pianificazione dell'assistenza, fornendo la lista dei problemi identificati e gli obiettivi della presa in carico, provvedono a rivalutare periodicamente i casi e gestiscono il sistema informativo, comprensivo di un data-base delle prestazioni erogate. Ad essi si aggiungono gli infermieri che sono direttamente responsabili dell'erogazione delle prestazioni domiciliari. In effetti, la separazione delle diverse funzioni assicurate dai due gruppi di infermieri (la valutazione nel momento di presa in carico da parte dell'UCAM e la gestione dell'assistenza a domicilio) e dei relativi strumenti di documentazione, richiede un'elevata capacità di integrazione del lavoro e di trasmissione delle informazioni, in un contesto culturale e di leadership che promuova un positivo "spirito di gruppo". Anche sulla base di queste considerazioni, l'ASL bresciana ha ritenuto utile realizzare un progetto di formazione, rivolto a circa 90 infermieri dell'UCAM e operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare, allo scopo di consolidare la competenza metodologica relativa alla formulazione delle diagnosi infermieristiche, alla pianificazione e alla documentazione dell'assistenza infermieristica e di sintonizzare i linguaggi della formazione accademica e dell'esercizio professionale. In tale contesto, è stato possibile studiare, attraverso il metodo attivo della consensus conference, le caratteristiche fondamentali del nursing in ambito domiciliare. Infatti, durante il corso di aggiornamento gli infermieri partecipanti hanno potuto esprimere la propria valutazione in merito alla natura dei problemi di salute prevalentemente incontrati durante la presa in carico domiciliare, alla loro possibile codifica attraverso il linguaggio proposto dalla classificazione delle diagnosi infermieristiche della North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA International), al grado di autonomia nell'identificazione e nel trattamento di tali diagnosi, alla tipologia degli interventi assistenziali prevalentemente pianificati e attuati, alla qualità della documentazione attualmente in uso.

GLI OBIETTIVI E LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL PROGETTO FORMATIVO

Nel corso dell'anno 2006, in occasione di incontri per la rilevazione del "fabbisogno formativo" finalizzati ad impostare il Piano di Formazione del successivo anno 2007, il Servizio Formazione e Qualità e il SITRA dell'ASL hanno cercato di indagare, tramite la tecnica del focus group, quali fossero i temi di maggior interesse per gli infermieri dell'ADI. Per organizzare i focus group sono stati costituiti tre gruppi di infermieri, scelti secondo il criterio della omogeneità di funzione (UCAM – erogatori – coordinatori infermieristici) e della rappresentatività dell'area territoriale ed è stato chiesto loro di indicare, prendendo in considerazione la propria job description, quali fossero le attività infermieristiche per le quali si sentivano meno preparati da un punto di vista teorico o quali richiedessero un approfondimento o un aggiornamento delle conoscenze. Fra le tematiche emerse dagli incontri, è stata scelta quella della pianificazione assistenziale e delle diagnosi infermieristiche, in quanto è stata ritenuta di interesse trasversale a tutti gli argomenti di specifico carattere professionale e, contemporaneamente, utile per il "governo" della domanda assistenziale.

Sebbene la pianificazione assistenziale sia un argomento conosciuto e una prassi consolidata nell'attività degli infermieri dell'ADI, si è valutato che un momento formativo dedicato al riesame delle nozioni possedute e a un loro approfondimento con la guida di un docente esperto potesse rappresentare un'importante opportunità di aggiornamento sia sul piano metodologico, sia rispetto allo sviluppo di competenze di problem solving per gli specifici problemi di salute dei soggetti assistiti in sede ospedaliera. Nelle realtà assistenziali dove gli infermieri operano in équipe e nelle quali sono chiamati a utilizzare un sistema informativo e di documentazione dell'assistenza erogata, l'adozione di una tassonomia di diagnosi infermieristiche costantemente condivisa ed aggiornata offre notevoli vantaggi, rispetto alla quale non sempre e non tutti i professionisti hanno sviluppato un'adeguata riflessione. Si è ritenuto dunque utile istituire un evento formativo, realizzato nei mesi di ottobre e novembre 2007, nel quale ripercorrere le fasi del processo di pianificazione assistenziale, soffermandosi in particolar modo sulla complessità del momento diagnostico, a partire dalla condivisione delle modalità di interpretazione dei dati relativi alla situazione dell'assistito, ai fini della corretta identificazione del problema assistenziale da affrontare (diagnosi infermieristica).

Obiettivi formativi del corso erano:

- conoscere/approfondire i principi di riferimento e gli aspetti metodologici delle diagnosi infermieristiche e della pianificazione assistenziale;

- sviluppare una modalità condivisa per identificare ed utilizzare le D.I. nel contesto operativo delle cure infermieristiche domiciliari;
- integrare e armonizzare gli strumenti in uso per l'assessment del soggetto a domicilio, con quelli propri della pianificazione assistenziale.

Principali contenuti del corso erano:

- le diagnosi infermieristiche: aspetti teorici, culturali, professionali, metodologici e operativi;
- le principali diagnosi infermieristiche nell'ambito delle cure domiciliari;
- diagnosi infermieristiche, assessment e pianificazione dell'assistenza in ambito domiciliare;
- diagnosi infermieristiche e sistema informativo e di documentazione delle prestazioni erogate.

L'intervento formativo ha alternato momenti di lezione frontale a lavori in sottogruppo e discussioni in plenaria con i formatori (si veda la figura 1).


Il corso si è articolato in due incontri, l'uno di mezza giornata e il secondo di una intera giornata, per complessive 12 ore. Lo sviluppo dei temi è avvenuto attraverso momenti di lezione frontale, alternati a momenti di lavoro in sottogruppo e spazi per la discussione in plenaria con il docente. La modalità interattiva di conduzione del corso ha consentito al docente di verificare costantemente il grado di adesione dei partecipanti alle proposte dei nuovi strumenti concettuali ed operativi. Al termine dell'iniziativa il livello di acquisizione dei contenuti formativi è stato verificato tramite somministrazione di un questionario ad hoc, (10 domande a risposta multipla), ritenuto positivo con l'80% delle risposte esatte. È stato infine valutato, sempre tramite questionario, il livello di soddisfazione dei partecipanti rispetto alla docenza e alla complessiva organizzazione del corso.

Nei mesi successivi all'evento formativo sarà costituito un gruppo di progetto per l'adeguamento delle schede in uso o per l'elaborazione di nuovi strumenti cartacei e informatici finalizzati a documentare il processo assistenziale infermieristico in ambito domiciliare (la figura 1 presenta la scheda di progettazione del corso).

RISULTATI

Agli infermieri partecipanti al corso è stata innanzitutto proposta una lista di 101 diagnosi infermieristiche NANDA, classificate secondo i modelli funzionali di salute di Marjory Gordon, ritenute pertinenti per l'ambito domiciliare. Infatti, dalla tassonomia completa delle diagnosi infermieristiche riconosciute da NANDA International non sono state prese in considerazione le formulazioni che riguardano esplicitamente problemi o popolazioni che non si presentano negli ambiti della presa in carico domiciliare,

Figura 1. Scheda riepilogativa dell'evento formativo



EVENTO FORMATIVO ECM-CPD ANNO 2007
La pianificazione assistenziale e le diagnosi infermieristiche:
richiami normativi e aspetti metodologici
 1ª edizione: 8-10 ottobre 2007; 2ª edizione: 16-18 ottobre 2007; 3ª edizione: 13-14 novembre 2007

Premessa (razionale dell'evento)
 La pianificazione assistenziale, orientata da un sistema organizzato ed esauriente di diagnosi infermieristiche, favorisce la presa in carico e la gestione informativa di tutti quei problemi o stati di salute diagnosticati dagli infermieri e curati grazie al loro intervento. Essa si basa sul riconoscimento che, nell'ambito ospedaliero come in quello delle cure domiciliari, siano presenti particolari fenomeni di salute, non compresi nella diagnosi medica e gestiti autonomamente dagli infermieri, che si assumono la responsabilità della loro identificazione e del conseguente trattamento.
 Nelle realtà assistenziali dove gli infermieri operano in équipe e sono chiamati a sviluppare un sistema informativo e di documentazione dell'assistenza erogata, l'adozione di un insieme di diagnosi infermieristiche comuni implica un costante aggiornamento della propria competenza metodologica, per la complessità del processo diagnostico e della pianificazione dell'assistenza ad esso connesso. Tale competenza non può che essere acquisita attraverso percorsi di formazione continua basati sui modelli pedagogici attivi.

Obiettivi formativi

- conoscere/approfondire i principi di riferimento e gli aspetti metodologici delle diagnosi infermieristiche e della pianificazione assistenziale;
- sviluppare una modalità condivisa per identificare ed utilizzare le D.I. nel contesto operativo delle cure infermieristiche domiciliari;
- integrare e armonizzare gli strumenti in uso per l'assessment del soggetto a domicilio, con quelli propri della pianificazione assistenziale.

Destinatari (80 suddivisi in tre gruppi da 30)
 Infermieri dell'ADI (erogatori e UCAM)

Metodologia e tecniche didattiche
 Il corso si articolerà in due incontri, l'uno di mezza giornata e il secondo di una intera giornata, per complessive 12 ore. Per consentire la partecipazione della maggior parte degli infermieri che operano in ambito domiciliare, sono previste 3 edizioni da realizzare nel secondo semestre dell'anno, alle quali, se necessario, saranno aggiunte successive edizioni nell'anno 2008. Lo sviluppo dei temi avverrà attraverso momenti di lezione frontale, alternati a momenti di lavoro in sottogruppo e spazi per la discussione in plenaria con il docente.

Responsabile scientifico
 Dott.ssa Simonetta Di Meo – Responsabile SITRA dell'ASL di Brescia

Docente
 Dott. Paolo Motta – Ricercatore presso l'Università degli Studi di Brescia – Facoltà di Medicina e Chirurgia

Verifica dell'apprendimento e della Customer Satisfaction
 La modalità interattiva di conduzione del corso consentirà al docente di verificare costantemente il grado di adesione dei partecipanti alle proposte dei nuovi strumenti concettuali ed operativi. Al termine dell'iniziativa sarà inoltre verificato il livello di acquisizione dei contenuti formativi tramite somministrazione di un questionario ad hoc, composto di 10 domande a risposta multipla, da ritenere positivo con l'80% delle risposte esatte. Sarà infine valutato, sempre tramite questionario, il livello di soddisfazione dei partecipanti rispetto alla docenza e alla complessiva organizzazione del corso.

Verifica della ricaduta operativa/organizzativa
 Nei mesi successivi all'evento formativo sarà costituito un gruppo di progetto per l'adeguamento delle schede in uso o per l'elaborazione di nuovi strumenti cartacei e informatici finalizzati a documentare il processo assistenziale infermieristico in ambito domiciliare.

Principali contenuti del Corso

- Le diagnosi infermieristiche: aspetti teorici, culturali, professionali, metodologici e operativi;
- Le principali diagnosi infermieristiche nell'ambito delle cure domiciliari;
- Diagnosi infermieristiche, assessment e pianificazione dell'assistenza in ambito domiciliare;
- Diagnosi infermieristiche e sistema informativo e di documentazione delle prestazioni erogate.

come ad esempio le diagnosi relative all'area materno-infantile e alcune dell'area critica e dell'emergenza. L'elenco completo è riportato nella tabella I.

Rispetto alla lista di 101 diagnosi infermieristiche NANDA proposta, gli infermieri, suddivisi in sottogruppi di discussione, hanno espresso la propria valutazione in merito ai seguenti aspetti:

- prevalenza del problema nella pratica assistenziale quotidiana, secondo una scala ordinale da "mai" a "spesso";
- natura del problema in relazione all'autonomia nell'identificazione e nel trattamento, secondo una scala quantificata da 0 a 10, dove il valore massimo corrisponde all'accordo rispetto ai caratteri di

piena competenza, autonomia e responsabilità propri della diagnosi infermieristica, mentre il valore minimo corrisponde all'accordo rispetto ai caratteri di competenza, autonomia e responsabilità condivise, tipici dei cosiddetti "problemi collaborativi di salute"⁴.

Prevalenza dei problemi di salute nella pratica assistenziale

Sono stati identificati 37 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima nella pratica assistenziale quotidiana (36,65% dell'intera lista), suddivisi nei seguenti modelli funzionali di salute:

- promozione della salute: gestione compromessa dell'ambiente domestico;
- nutrizione: deficit del volume di liquidi e rischio di deficit del volume di liquidi; compromissione della deglutizione; nutrizione inferiore al fabbisogno;
- eliminazione: stipsi e rischio di stipsi, incontinenza urinaria e fecale;
- attività e riposo: compromissione della mobilità fisica, alterata mobilità a letto, alterata deambulazione, alterata mobilità per sedia a rotelle e trasferimenti, sindrome da immobilizzazione, deficit della cura di sé (vestirsi, curare il proprio aspetto, fare il bagno e l'igiene personale, alimentarsi), disturbo del modello di sonno, alterata perfusione tissutale;
- percezione e cognizione: compromissione della memoria, deficit di conoscenze, confusione cronica, compromissione della comunicazione verbale;
- percezione di sé: rischio di solitudine;
- ruolo e relazioni: tensione nel ruolo di caregiver e rischio di tensione nel ruolo di caregiver; alterazione dei processi familiari;

- sessualità: nessuna;
- coping e tolleranza allo stress: paura e ansia;
- principi di vita: nessuna;
- sicurezza e protezione: compromissione dell'integrità cutanea e tissutale e rischio di compromissione dell'integrità cutanea; rischio di lesioni, rischio di infezione, rischio di cadute, rischio di trauma;
- comfort: dolore cronico.

Inoltre, sono stati identificati 35 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza moderata (34,65% dell'intera lista) e 29 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza minima o nulla (28,7% dell'intera lista).

Tabella I. Lista delle diagnosi infermieristiche proposte

1. Promozione della salute

- 1.1. gestione inefficace del regime terapeutico
- 1.2. alterato mantenimento degli stili di salute
- 1.3. gestione compromessa dell'amb.te domestico

2. Nutrizione

- 2.1. compromissione della deglutizione
- 2.2. nutrizione inferiore al fabbisogno
- 2.3. deficit del volume di liquidi
- 2.4. rischio di deficit del volume di liquidi
- 2.5. eccesso del volume di liquidi
- 2.6. rischio di eccesso del volume di liquidi

3. Eliminazione

- 3.1. alterato modello di eliminazione urinaria
- 3.2. ritenzione urinaria
- 3.3. incontinenza urinaria
- 3.4. rischio di incontinenza urinaria
- 3.5. incontinenza fecale
- 3.6. diarrea
- 3.7. stipsi
- 3.8. rischio di stipsi
- 3.9. compromissione degli scambi gassosi

4. Attività e riposo

- 4.1. disturbo del modello di sonno
- 4.2. deprivazione di sonno
- 4.3. sindrome da immobilizzazione
- 4.4. compromissione della mobilità fisica
- 4.5. alterata mobilità a letto
- 4.6. alterata mobilità sedia a rotelle/trasferimenti
- 4.7. alterata deambulazione
- 4.8. deficit di attività di svago
- 4.9. vagabondaggio
- 4.10. deficit della cura di sé (vestirsi, c.re l'aspetto)
- 4.11. deficit della cura di sé (bagno, igiene pers.le)
- 4.12. deficit della cura di sé (alimentarsi)
- 4.13. deficit della cura di sé (utilizzare toilette)
- 4.14. riduzione della gittata cardiaca
- 4.15. incapacità sostenere ventilaz.ne spontanea
- 4.16. modello di respirazione inefficace
- 4.17. intolleranza all'attività
- 4.18. rischio di intolleranza all'attività
- 4.19. alterata per fusione tissutale

5. Percezione e cognizione

- 5.1. eminegligenza
- 5.2. sindr. compromesso riconoscimento ambiente
- 5.3. alterazioni sensoriali percettive
- 5.4. deficit di conoscenze
- 5.5. confusione acuta
- 5.6. confusione cronica
- 5.7. compromissione della memoria
- 5.8. alterazione processi di pensiero
- 5.9. compromissione comunicazione verbale

6. Percezione di sé

- 6.1. disturbo identità personale
- 6.2. senso di impotenza/scarsa autostima
- 6.3. rischio di senso impotenza/scarsa autostima
- 6.4. mancanza di speranza
- 6.5. rischio di solitudine
- 6.6. disturbo dell'immagine corporea

7. Ruolo e relazioni

- 7.1. tensione nel ruolo di caregiver
- 7.2. rischio di tensione nel ruolo di caregiver
- 7.3. alterazione dei processi familiari
- 7.4. alterazione dei processi familiari (alcolismo)
- 7.5. alterate prestazioni di ruolo
- 7.6. compromissione interazioni sociali

8. sessualità

- 8.1. disfunzioni sessuali
- 8.2. alterazione del modello di sessualità

9. Coping e tolleranza allo stress

- 9.1. sindrome stress da trasferimento
- 9.2. rischio di sindrome stress da trasferimento
- 9.3. sindrome post-traumatica
- 9.4. rischio di sindrome post-traumatica
- 9.5. paura/ansia
- 9.6. dispiacere cronico
- 9.7. compromissione dell'adattamento
- 9.8. coping inefficace
- 9.9. coping inefficace della famiglia
- 9.10. potenziale sviluppo del coping
- 9.11. disreflessia
- 9.12. rischio di disreflessia

10. Principi di vita

- 10.1. sofferenza spirituale
- 10.2. rischio di sofferenza spirituale
- 10.3. potenziale miglioram.to benessere spirituale
- 10.4. conflitto decisionale
- 10.5. non adesione

11. Sicurezza e protezione

- 11.1. rischio di infezione
- 11.2. alterazione mucosa orale
- 11.3. rischio di lesioni
- 11.4. rischio di cadute
- 11.5. rischio di trauma
- 11.6. compromissione integrità cutanea
- 11.7. rischio di compromissione integrità cutanea
- 11.8. compromissione integrità tissutale
- 11.9. rischio di aspirazione
- 11.10. liberazione inefficace delle vie aeree
- 11.11. rischio disfunzioni neurovasc. periferiche
- 11.12. protezione alterata
- 11.13. rischio di violenza
- 11.14. rischio di autolesionismo
- 11.15. rischio di suicidio
- 11.16. rischio di avvelenamento
- 11.17. rischio di alterazione temperatura corporea
- 11.18. termoregolazione inefficace
- 11.19. ipotermia
- 11.20. ipertermia

12. Comfort

- 12.1. dolore acuto
- 12.2. dolore cronico
- 12.3. nausea
- 12.4. isolamento sociale

Natura dei problemi di salute prevalenti nella pratica assistenziale in relazione all'autonomia nell'identificazione e nel trattamento

Considerando i 72 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima o moderata nella pratica assistenziale quotidiana, sono stati identificati 53 problemi per i quali è possibile riconoscere all'infermiere un elevato valore di autonomia professionale nel giudizio clinico e per la decisione dei trattamenti, mentre per i restanti 19 problemi è possibile riconoscere un grado di autonomia e responsabilità professionale di tipo collaborativo. In particolare, restringendo l'analisi ai soli 37 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima nella pratica assistenziale quotidiana, per 32 problemi è possibile riconoscere all'infermiere un elevato valore di autonomia professionale nel giudizio clinico e per la decisione dei trattamenti, mentre per 5 problemi è possibile riconoscere un grado di autonomia e responsabilità professionale di tipo collaborativo.

Pertanto, i problemi che assumono entrambi i caratteri (massima frequenza e massima autonomia professionale) sono in tutto 32, suddivisi nei seguenti modelli funzionali di salute:

- promozione della salute: gestione compromessa dell'ambiente domestico;
- nutrizione: rischio di deficit del volume di liquidi; compromissione della deglutizione; nutrizione inferiore al fabbisogno;
- eliminazione: stipsi e rischio di stipsi, incontinenza urinaria e fecale;
- attività e riposo: compromissione della mobilità fisica, alterata mobilità a letto, alterata deambulazione, alterata mobilità per sedia a rotelle e trasferimenti, sindrome da immobilizzazione, deficit della cura di sé (vestirsi, curare il proprio aspetto, fare il bagno e l'igiene personale, alimentarsi), alterata perfusione tissutale;
- percezione e cognizione: deficit di conoscenze, confusione cronica, compromissione della comunicazione verbale;
- percezione di sé: rischio di solitudine;
- ruolo e relazioni: tensione nel ruolo di caregiver e rischio di tensione nel ruolo di caregiver; alterazione dei processi familiari;
- sessualità: nessuna;
- coping e tolleranza allo stress: paura e ansia;
- principi di vita: nessuna;
- sicurezza e protezione: compromissione dell'integrità cutanea e tissutale e rischio di compromissione dell'integrità cutanea; rischio di lesioni, rischio di infezione, rischio di cadute, rischio di trauma;
- comfort: nessuna.

Diagnosi infermieristiche prevalenti e modelli funzionali di salute determinanti lo specifico professionale in ambito domiciliare

Considerando i 32 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima e godono di piena autonomia professionale in relazione alla classificazione per modelli funzionali di salute, è possibile pervenire a una rappresentazione dei domini più tipici dell'assistenza infermieristica domiciliare. Infatti, tali titoli diagnostici risultano così distribuiti:

- area educativa valoriale e socio-culturale (promozione della salute, principi di vita): 1 (pari al 12,5% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale);
- area assistenziale tecnica ed educativa (nutrizione, eliminazione, attività e riposo, sicurezza e protezione, comfort): 23 (pari al 39,6% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale);
- area relazionale e psico-affettiva (percezione e cognizione, percezione di sé, ruolo e relazioni, sessualità, coping e tolleranza allo stress): 8 (pari al 22,8% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale).

Diagnosi infermieristiche prevalenti e pianificazione dell'assistenza in ambito domiciliare

Agli infermieri partecipanti al corso è stato proposto di identificare i principali interventi pianificati in relazione alle diagnosi infermieristiche prevalenti. L'elenco di tali interventi è riportato nella tabella II.

Diagnosi infermieristiche prevalenti e qualità della documentazione dell'assistenza domiciliare

Agli infermieri partecipanti al corso è stato proposto di analizzare la documentazione adottata dall'UCAM e durante la presa in carico domiciliare, allo scopo di valutare appropriatezza, completezza, chiarezza e facilità di compilazione della documentazione stessa in relazione alle diagnosi infermieristiche prevalenti, secondo una scala quantitativa da 0 a 3, dove il valore massimo corrisponde al massimo accordo rispetto a tali principi di qualità. La valutazione da parte degli infermieri delle parti relative all'assessment, all'identificazione dei problemi, alla pianificazione e alla valutazione dell'assistenza risulta così distribuita:

- documentazione relativa ai modelli di promozione della salute: accordo moderato (valore: 1);
- documentazione relativa ai modelli di nutrizione, eliminazione, attività e riposo, sicurezza e protezione, comfort: accordo elevato (valore: 2,5);
- documentazione relativa ai modelli di percezione e cognizione, percezione di sé, ruolo e relazioni, sessualità, coping e tolleranza allo stress: accordo moderato (valore: 1,25).

Tabella II. Principali interventi pianificati per le diagnosi infermieristiche prevalenti proposte

<p>1. Interventi di tipo educativo</p> <p>1.1. educazione terapeutica della persona assistita e dei caregiver</p> <p>1.2. educazione e consulenza nell'adozione di corretti stili di vita (es.: dieta, igiene personale, posizionamenti ecc.)</p> <p>1.3. consulenza nella scelta e nella fornitura dei presidi sanitari</p> <p>2. Interventi di tipo relazionale</p> <p>2.1. counselling alla persona assistita e familiare</p> <p>3. Interventi di tipo tecnico</p> <p>3.1. esecuzione di procedure infermieristiche (es.: cateterismo vescicale, clistere evacuativo, igiene personale ecc.)</p> <p>3.2. somministrazione delle terapie e aiuto all'assunzione delle stesse</p> <p>4. Interventi di sorveglianza e monitoraggio clinico</p> <p>4.1. valutazione dell'aderenza al regime terapeutico e controllo delle abilità di auto-somministrazione dei farmaci</p> <p>4.2. valutazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>4.3. attivazione di consulenze di specialisti, di altri professionisti e della rete dei servizi socio-assistenziali</p> <p>4.4. attivazione e/o gestione di protocolli per la prevenzione dei rischi individuali e ambientali (stipsi, cadute, infezioni ecc.)</p> <p>4.5. monitoraggio mediante scale e strumenti di valutazione di specifici problemi di salute (lesioni da pressione, disfgia...)</p>

DISCUSSIONE

Rispetto alla lista di 101 diagnosi infermieristiche NANDA fornita ai partecipanti allo studio, sono stati identificati 37 problemi di salute che si manifestano spesso o molto spesso nella pratica assistenziale quotidiana (36,65% dell'intera lista). Considerando che tale lista è stata elaborata a partire dalla tassonomia completa delle diagnosi NANDA, dalla quale sono state escluse le sole formulazioni che riguardano palesemente problemi o popolazioni non pertinenti, come ad esempio l'area materno-infantile e l'area critica, riteniamo corretto affermare che gli infermieri che prestano servizio nell'ambito dell'assistenza domiciliare sul territorio bresciano partecipino alla valutazione e alla gestione di un consistente numero di problemi di salute. Tale risultato conferma dunque la concezione diffusa che l'assistenza domiciliare permetta di esprimere una presa in carico globale dell'assistito e di assicurare un'assistenza personalizzata, che non si limita all'esecuzione di tecniche e procedure per disfunzioni bio-fisiologiche, ma considera anche la dimensione psico-affettiva, socio-culturale, valoriale e spirituale della persona assistita e del suo entourage e comprende, fra gli altri, i modelli della promozione della salute, della percezione e cognizione, della percezione di sé, del ruolo e delle relazioni e del coping e tolleranza allo stress.

Per la maggior parte dei problemi identificati, gli infermieri hanno dichiarato di operare in un regime di elevata autonomia professionale, sia per quanto concerne la valutazione (giudizio clinico), sia per la decisione dei trattamenti, elemento che depone con certezza circa l'appropriatezza e la rilevanza della

figura dell'infermiere in ambito domiciliare. Sono state riconosciute anche alcune diagnosi infermieristiche che, in ambito domiciliare, vengono affrontate con una parziale autonomia e una responsabilità professionale di tipo collaborativo.

Trattandosi di diagnosi infermieristiche riconosciute e approvate a livello internazionale, questo risultato potrebbe essere interpretato come un segno del permanere di un residuale ritardo della professione infermieristica italiana nel processo di professionalizzazione, mirato a determinare definitivamente un proprio e specifico campo di attività e responsabilità, emancipato dal ruolo esecutivo che ha caratterizzato il nostro passato. Tuttavia, occorre segnalare che il chiarimento fornito dai partecipanti a tale proposito sottolineava non tanto il

vincolo di subordinazione alla prescrizione medica (cioè la condizione che più tipicamente si verifica in ospedale quando si attribuisce a un fenomeno il carattere di "problema collaborativo" e non di "diagnosi infermieristica"), quanto l'elevato grado di integrazione tra le molte figure che intervengono nel processo di cura e di assistenza a livello domiciliare, al punto che - come è stato ribadito da più di un infermiere - "in ambito domiciliare, è raro riconoscere un problema di salute per il quale sia intervenuta, dal momento dall'assessment a quello della risoluzione, una sola figura professionale".

Come è stato già affermato, i problemi di salute che si manifestano spesso o molto spesso e sono gestiti in autonomia dagli infermieri riguardano non solo la dimensione bio-fisiologica, ma anche quelle della psico-affettività, delle relazioni socio-culturali e dei valori della persona assistita e del suo entourage. Tuttavia, sembra permanere, sia per numero di problemi identificati, sia per spazio ad essi dedicato dalla documentazione infermieristica in uso, una prevalenza della sfera bio-fisiologica, confermando dunque quanto emerso dalla letteratura internazionale.

D'altra parte, considerando la natura dei principali interventi pianificati, emerge con chiarezza il valore del ruolo relazionale ed educativo dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

CONCLUSIONI

Lo studio che ha coinvolto un gruppo di circa 90 infermieri operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare dell'ASL di Brescia ha permesso di far emergere,

attraverso il metodo attivo della consensus conference, le caratteristiche fondamentali del nursing in tale ambito. A tale scopo, è risultato appropriato il ricorso alla classificazione delle diagnosi infermieristiche della NANDA International, la cui terminologia è stata utilizzata senza difficoltà metodologiche da parte degli infermieri partecipanti al corso. I problemi socio-sanitari di cui si occupano le figure professionali che prestano assistenza domiciliare sono diversificati per modello di salute di riferimento e per grado di complessità, configurando dunque un profilo di un infermiere domiciliare con competenza avanzata, che opera in autonomia e responsabilità all'interno di un sistema di pianificazione delle cure integrato e multidisciplinare.

I risultati si basano sulla raccolta e sull'analisi di valutazioni soggettive, espresse in un contesto formativo e, come tali, descrivono non tanto la realtà in sé, quanto la sua percezione da parte degli attori coinvolti. Pertanto, essi costituiscono una mera base di partenza per la formulazione di ipotesi che siano verificate attraverso disegni di ricerca di maggiore spessore per numerosità del campione e per grado di controllo delle variabili. In ogni caso, dallo studio realizzato è possibile formulare almeno due proposte in merito ai filoni applicativi dei risultati: l'approfondimento delle competenze avanzate necessarie per la valutazione e il trattamento di singole diagnosi infermieristiche rilevanti e la revisione della documentazione infermieristica in uso, anche allo scopo di unificarla e di uniformarla ai requisiti previsti dal sistema informativo ed epidemiologico adottato dalla Regione Lombardia.

NOTE

- Nel 1973, presso la St. Louis University negli Stati Uniti, si svolse la Prima Conferenza Nazionale per la Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche, con il dichiarato scopo di "dare inizio al processo di stesura di un sistema organizzato, logico ed esauriente, che consenta la classificazione di tutti quei problemi o stati di salute diagnosticati dagli infermieri e curati grazie al loro intervento". Una breve ma esaustiva cronologia sulla classificazione delle diagnosi infermieristiche in Nordamerica è disponibile presso il sito ufficiale della NANDA International (<http://www.nanda.org>).
- I contenuti del presente paragrafo rappresentano una breve sintesi della revisione della letteratura in materia di utilizzo delle diagnosi infermieristiche nell'ambito domiciliare. A tale scopo, sono state adottate le seguenti strategie di ricerca bibliografica: 1) banche dati consultate: MEDLINE, CINAHL; 2) Mesh term: nursing home, nursing diagnosis, home care services, NANDA nursing diagnosis, community health nursing, care plan; 3) articoli rintracciati: 68; 4) articoli pertinenti: 11.
- Occorre precisare che, a seguito dell'introduzione da parte della Regione Lombardia di nuovi meccanismi per il finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari (il "voucher socio-sanitario"), la valutazione iniziale delle persone che richiedono assistenza domiciliare è anche finalizzata a determinare uno specifico profilo (di base, complesso, terminale) che determina i diversi impieghi della risorsa economica. Infatti, il voucher socio-sanitario è un titolo gratuito, di diverso valore economico in relazione a ciascun profilo e con validità periodica, che viene riconosciuto sulla base di una valutazione multidimensionale e prevede un piano assistenziale concordato con lo stesso assistito e i suoi familiari, che possono "acquistare" da enti accreditati le prestazioni socio-sanitarie appropriate per il proprio profilo di assistenza.
- Un problema collaborativo di salute si riferisce a "qualsiasi complicità fisiologica, reale o potenziale, che può derivare dalla malattia, da un trauma, da un trattamento o da uno studio diagnostico in cui gli infermieri intervengono in collaborazione con altre discipline." Fonte: Carpenito-Moyet L.J., *Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica*, ed. it., CEA, Milano, 2006 (corsivo aggiunto).

BIBLIOGRAFIA

- Axelsson L. et al., "Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice", *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 2006: pp.936-945.
- Calamandrei C., "Le diagnosi infermieristiche in Italia", *Nursing Oggi*, 4, 2001.
- D'Addio L., Calamandrei C., "I Modelli Funzionali della Salute di Marjory Gordon: un'esperienza applicativa nella formazione infermieristica di base", *Nursing Oggi*, 4, 1999.
- Da Silva Bastos Cerullo J.A., de Almeida Lopes Monteiro D., "Levels of difficulty stating nursing diagnoses and nursing interventions", *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(1), 2006: p.52.
- Fitzpatrick J., "Sistemi di classificazione per la diagnosi, la scienza e la pratica del nursing", *Mondo Infermieristico*, 2, 1996.
- Flores i Boixader E., "Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años", *Revista Enfermería Clínica*, 6(6), 1996, pp.242-248.
- Gec T. "Development of NANDA Nursing Diagnosis in Community Nursing in Slovenia", *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(1), 2006: p.34.
- Gordon M., *Diagnosi infermieristiche*, ed. it. a cura di Alvaro R., Brancato T., Edises, Napoli, 20082.