

ria. Tale azione, tuttavia, dovette necessariamente mantenersi nei limiti disposti dalla normativa, che impediva l'assunzione di nuove attività e di responsabilità non previste dal mansionario vigente⁶ e, di conseguenza, non permetteva di regolamentare, in forma più moderna, il campo di operatività della professione infermieristica, anche attraverso un'autonoma definizione del proprio oggetto di studio disciplinare.

La riflessione sull'assistenza infermieristica, così limitata, non potendosi occupare dei propri contenuti, si focalizzò perciò sugli *aspetti metodologici* e attinse alle *esperienze già maturate nel mondo anglosassone in tale ambito*. In Italia, dunque, si importarono i risultati della contemporanea attività scientifica nordamericana e si introdusse direttamente la cultura e la metodologia del processo di nursing (tradotto in "processo di assistenza infermieristica"). Tuttavia, a distanza di circa trent'anni dalla sua prima comparsa nel dibattito culturale e scientifico, il processo di assistenza infermieristica, originariamente posto a fondamento della razionalità scientifica della prassi infermieristica e, in aggiunta, attuale e necessario requisito legale della professione, risulta ancora per lo più inapplicato in moltissime organizzazioni sanitarie italiane. Tra le diverse ragioni del suo parziale insuccesso occorre sottolineare la *cultura tecnicistica assunta dal servizio sanitario contemporaneo*, che sottende spesso modelli organizzativi orientati al controllo dell'efficienza del proprio funzionamento più che all'efficacia dei risultati ottenuti e all'attenzione globale e individualizzata ai bisogni della persona.

In un simile scenario dominante si accentua la svalutazione dei ruoli professionali, e di quello infermieristico in particolare, che è spinto ad appiattirsi su *rigide procedure di carattere prevalentemente tecnico, che non richiedono necessariamente l'applicazione di un metodo caratterizzato dalla formulazione di obiettivi, dalla partecipazione del paziente alle decisioni cliniche e dalla valutazione della qualità dei trattamenti*. Eppure, l'acquisizione di una matura competenza metodologica offre tuttora una fondamentale opportunità di sviluppo professionale: la sua applicazione clinica, per mezzo del processo di assistenza infermieristica, è connessa alla crescente domanda di umanizzazione e di personalizzazione dell'assistenza – spesso disattesa dal carattere di routine tipico dei modelli organizzativi ospedalieri fondati sull'esecuzione di compiti – e alla consapevolezza raggiunta dalla professione infermieristica circa la natura specifica ed essenziale del proprio campo d'azione nel sistema sanitario e circa il carattere scientifico delle proprie conoscenze.

6.1.3. Approcci quantitativi e qualitativi nel momento diagnostico del processo di assistenza infermieristica

Mediante il *processo diagnostico*, cioè il *primo momento del processo di assistenza infermieristica*, l'infermiere si propone di individuare, in ragione degli assunti di un modello concettuale dell'assistenza infermieristica e nel rispetto dei criteri fissati dal metodo adottato, i problemi di salute attribuiti alla competenza infermieristica. La parola "diagnosi" deriva etimologicamente il suo significato dal greco *dià* ("per mezzo, attraverso") e *gnósis* ("conoscenza"): attività conoscitiva condotta a partire da teorie scientifiche e modelli che giustificano una particolare interpretazione deduttiva dei fenomeni. L'intervento specialistico realizzato dall'infermiere, cioè la scelta e l'attuazione di azioni infermieristiche in risposta a ciascun bisogno identificato, deve dunque essere inquadrato in un processo di indagine, realizzato a partire da una raccolta di informazioni e da una loro classificazione (*assessment*). La sistematicità costituisce la base per una corretta pianificazione dell'assistenza infermieristica e determina i presupposti operativi della *personalizzazione dell'assistenza infermieristica*. La situazione entro cui si rileva il problema da risolvere, cioè si identifica un bisogno di assistenza infermieristica, richiede infatti non solo la conoscenza della malattia, ma anche la *comprensione della persona assistita nella sua integrità*: i bisogni, così come gli altri aspetti utili alla pianificazione dell'assistenza infermieristica (l'eventuale malattia, le aspettative di salute, il background familiare e sociale ecc.), non possono essere analizzati come oggetti indipendenti dalla persona.

La particolare natura del bisogno di assistenza infermieristica richiede la raccolta di dati sia *quantitativi* sia *qualitativi*. L'identificazione di un bisogno di assistenza infermieristica si fonda infatti sia sulla misurazione di segni appartenenti alla dimensione bio-fisiologica (ad esempio, la quantità di calorie assunte in un dato intervallo di tempo), sia sulla raccolta di informazioni appartenenti alle dimensioni psicologica e *socioculturale* (ad esempio, i comportamenti alimentari culturalmente appresi). La necessità di riferirsi contemporaneamente ad aspetti quantitativi e qualitativi rende già evidente la *complessità intrinseca al metodo infermieristico* ed è fonte di dibattito nella comunità scientifica infermieristica: la controversia sull'applicazione nella pratica professionale delle diagnosi infermieristiche, cioè sull'adozione di un sistema finito ed esaustivo di segni e sintomi a cui riferirsi per esprimere giudizi clinici circa i proble-

mi di salute di competenza infermieristica, è il principale terreno di divisione tra sostenitori e oppositori dell'opportunità di misurare con tecniche e strumenti quantitativi o qualitativi i dati attinenti all'assistenza infermieristica⁷. E infatti, nello sviluppo delle diagnosi infermieristiche, si sono delineati alcuni aspetti problematici: ad esempio, il fatto che esse, particolarmente negli Stati Uniti d'America e in Canada, si siano affermate indipendentemente da un modello concettuale di riferimento e che talvolta siano strumentali alla gestione di questioni extrametodologiche (in considerazione dell'urgenza di un "DRG (Diagnosis Related Group) infermieristico", parte della classe dirigente infermieristica italiana considera le diagnosi principalmente come strumenti del management). Chi scrive ritiene invece ingiustificata la critica che esse concentrino l'attenzione su segni e sintomi di natura biofisiologica. Semmai, l'eventuale carenza sul versante psicologico e socioculturale è un problema che risiede nella storica dipendenza dell'assistenza infermieristica da modelli biomedici di salute, che ne ha impedito l'accesso sistematico alle discipline psicologiche, sociologiche ed antropologiche, necessarie allo studio delle dimensioni soggettive del bisogno e dunque alla costruzione di tecniche di indagine diagnostica di tali aspetti.

6.1.4. Approcci quantitativi e qualitativi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica

La pianificazione – cioè il secondo momento del processo di assistenza infermieristica, caratterizzato dall'insieme delle operazioni dedicate alla scelta, alla realizzazione e alla valutazione degli interventi assistenziali – rappresenta l'attività metodologica finalizzata a identificare il percorso per il recupero della salute e della risposta autonoma ai propri bisogni da parte della persona. La pianificazione si basa sulla formulazione di uno specifico piano per obiettivi oppure – in alternativa o in aggiunta – sul ricorso a protocolli e procedure predefiniti. Ciò detto, la questione metodologica fondamentale è la definizione dell'insieme delle regole che orientano l'équipe professionale verso il raggiungimento di risultati reali e concreti, relativi allo stato di salute della persona assistita. Anche nella pianificazione, pertanto, la prassi infermieristica deve essere guidata dai principi riconducibili al metodo scientifico: *appropriatezza, efficacia e intersoggettività*. L'applicazione di questi principi è garantita, nello svolgersi del processo di assistenza infermieristica, da una corretta formulazione degli obiettivi.

La pianificazione dell'assistenza per obiettivi, cui si collega la redazione di un piano di assistenza individualizzato, è tuttavia solo una delle modalità attraverso cui è possibile procedere nell'attività professionale. Infatti, nella prassi clinica, è spesso possibile fare ricorso agli strumenti della standardizzazione (percorsi clinici, protocolli e procedure), cioè assumere l'opzione metodologica che – in presenza di determinate situazioni – assicura la risposta a un bisogno di assistenza infermieristica mediante un percorso o una tecnica standardizzati, cioè predefiniti. L'alternativa tra pianificazione per obiettivi o mediante processi clinici predefiniti affonda le sue radici nel momento diagnostico e, in particolare, nella teoria dell'assistenza cui il professionista si riferisce per la classificazione dei problemi di competenza infermieristica. Quando si adottano tassonomie diagnostiche molto articolate e dettagliate, come nel caso dell'elenco delle diagnosi infermieristiche elaborate dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), è possibile stabilire un piano di assistenza anche in assenza di una fase di formalizzazione degli obiettivi. Infatti, la disponibilità di un elevato numero di categorie diagnostiche molto specifiche si accompagna a un'ampia analisi della natura del problema identificato e, conseguentemente, fornisce precise e univoche indicazioni circa le decisioni cliniche che devono essere prese. In altre parole, la specificità dell'azione infermieristica è proporzionata alla specificità del modello diagnostico utilizzato: a quel giudizio clinico, se condiviso, corrisponde sempre e soltanto quell'azione infermieristica.

Diverso è il caso dei modelli concettuali dell'assistenza infermieristica che non si basano su tassonomie diagnostiche "complete", come avviene per le principali elaborazioni teoriche della "scuola dei bisogni". Il bisogno di assistenza infermieristica, in queste ultime elaborazioni, non rappresenta un'informazione diagnostica di tipo specifico: non permette, di per sé, di stabilire un corso d'azione, poiché nell'ambito di un medesimo bisogno di assistenza infermieristica si possono riconoscere situazioni problematiche molto diverse. In questi casi, dunque, si rende indispensabile un momento metodologico finalizzato alla ricerca dell'accordo – sia interno all'équipe sia nei confronti della persona assistita – in merito all'azione infermieristica da intraprendere: esso avviene mediante la fase della formulazione di obiettivi specifici che contengono, se redatti secondo certe regole, tutte le informazioni necessarie per orientare la decisione clinica. La specificità dell'azione infermieristica, in questo caso, non deriva dalla specificità del dato diagnostico, ma da quella dell'obiettivo formulato, in un contesto relazionale disponibile alla partecipazione della