



Paolo C. Motta

L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica

L' insegnamento-apprendimento del complesso dei metodi dell'assistenza infermieristica, che qui definiamo *metodologia dell'assistenza infermieristica*, rappresenta un *elemento fondamentale della formazione universitaria dell'infermiere*. Suo tramite si mira alla trasmissione sistematica e permanente della competenza necessaria ad interpretare e risolvere con efficacia i problemi di salute individuale e collettiva che sono posti all'infermiere nei diversi ambiti clinici dell'esercizio professionale. Negli ultimi anni, numerosi provvedimenti hanno definitivamente affermato, anche sul piano giuridico, l'assistenza infermieristica come *professione intellettuale e non ausiliaria*, cioè fondata su un sapere proprio, sull'autonomia, sulla responsabilità professionale nei confronti delle persone assistite, sulla discrezionalità dell'agire: per tale motivo, il suo esercizio deve sottostare all'*applicazione di regole e procedure valide, attendibili ed intersoggettive* nell'identificazione dei problemi di salute di propria competenza e nella risposta ad essi. In altre parole, di un *metodo scientifico* che regoli la pratica clinica.

Il più conosciuto metodo clinico utilizzato dall'infermiere - il *processo di assistenza infermieristica*¹ - rappresenta attualmente il *principale ma non esclusivo contenuto della metodologia dell'assistenza infermieristica* e si pone, per i professionisti, quale punto di riferimento per pianificare ed assicurare prestazioni infermieristiche di qualità e per produrre strumenti informativi finalizzati alla documentazione dell'attività svolta. Esso, inoltre, è strumento non

secondario nell'ambito della ricerca applicata, in quanto solo attraverso un trattamento razionale e sistematico dei dati raccolti con l'applicazione del metodo è possibile condurre indagini di tipo scientifico.

L'adozione del processo di assistenza infermieristica è considerata, nel sistema sanitario italiano, una *condizione ineludibile sul piano professionale e normativo*, come anche sottolinea l'art. 1 del Profilo dell'Infermiere

P. C. Motta

Docente di
Metodologia
dell'assistenza
infermieristica
DU per Infermiere,
Università Vita -
Salute San Raffaele
di Milano

1. Il *processo di assistenza infermieristica* può essere sinteticamente definito come il *metodo clinico dell'assistenza infermieristica*, basato sull'applicazione sistematica del *problem solving method* ai problemi di salute di competenza infermieristica. Esso costituisce l'apparato metodologico che governa l'interazione professionale fra l'infermiere e la persona assistita, orientandola verso il soddisfacimento dei bisogni di quest'ultima. Generalmente strutturato per fasi, il processo di assistenza infermieristica comprende almeno due momenti fondamentali: il *processo diagnostico*, cioè l'insieme delle operazioni logiche finalizzate all'identificazione dei problemi, e la *pianificazione*, cioè l'insieme delle operazioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che si ritiene possano condurre in modo efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti.

(D.M. Sanità 739/94)², che descrive il ruolo infermieristico autonomo come connesso all'identificazione dei bisogni, alla formulazione degli obiettivi, alla pianificazione e valutazione degli interventi: tutte funzioni metodologiche che richiedono un notevole impegno di tipo progettuale, comunicativo e documentario e che perciò impongono l'adozione di appropriati metodi e strumenti informativi.

Lo studio e la ricerca in ambito universitario che hanno per oggetto la metodologia, concorrono alla *generale crescita delle conoscenze infermieristiche* e, conseguentemente, al pieno riconoscimento dello statuto scientifico dell'assistenza infermieristica, poiché la diffusione sistematica e l'applicazione del metodo rendono disponibili la verifica ed il confronto intersoggettivo delle attività e dei risultati dell'infermiere. Attualmente la metodologia dell'assistenza infermieristica non è prevista come formale ed autonomo settore scientifico-disciplinare³, tuttavia essa viene diffusamente insegnata nelle Università italiane che hanno istituito corsi di DU per Infermiere⁴ e - fatto altrettanto rilevante - compare nelle più recenti e qualificate proposte di revisione degli ordinamenti

didattici universitari come specializzazione scientifica autonoma⁵.

Oggetto e contenuti della metodologia infermieristica

La riflessione sul metodo scientifico e sulle sue applicazioni allo sviluppo delle conoscenze ed alla prassi professionale appartiene da lungo tempo alla storia del pensiero umano: alcuni grandi filosofi e scienziati hanno persino rivendicato la metodologia come l'aspetto più importante del loro contributo. La rilevanza della *discussione sul metodo* si deve soprattutto al tipo di *conoscenza* e di *attività* delle *professioni*, portate per loro natura ad adottare nei riguardi dei propri specifici campi un atteggiamento razionale e scientifico che rende inevitabile, e al tempo stesso pienamente efficace, un *modo di procedere sistematico*. L'approccio scientifico si deve infatti alla necessità di fronteggiare la molteplicità e la variabilità dei fenomeni trattati, in modo che la complessità dell'esperienza venga 'semplificata' e poi fruita mediante concettualizzazioni e classificazioni, considerate come suoi "modelli" o immagini

2. Gli attuali percorsi di revisione delle norme e dei regolamenti che costituiscono il *fondamento giuridico delle competenze infermieristiche* sembrano corrispondere pienamente alle aspettative degli infermieri, manifestate da tempo, in merito all'acquisizione dei *caratteri di autonomia e di responsabilità dell'assistenza infermieristica*, intesa come attività specifica basata - secondo l'espressione del sociologo statunitense Wilensky - su una *competenza tecnica esclusiva*. Il superamento della concezione di cui il 'mansionario' era espressione diretta, che imponeva un rigido elenco delle attribuzioni consentite all'infermiere e di carattere prevalentemente esecutivo, si sostanzia, quale ultimo e fondamentale atto, nell'emanazione della Legge 26 Febbraio 1999, n° 42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
3. I settori scientifico-disciplinari svolgono la fondamentale funzione di individuare campi di studio e di ricerca scientifica *omogenei*. I settori relativi all'infermieristica a cui si riferisce attualmente la programmazione dei curricula didattici nei DU per infermiere sono: **F23A** (Scienze infermieristiche generali e cliniche), **F23B** (Scienze infermieristiche pediatriche), **F23C** (Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche), **F23D** (Scienze infermieristiche e tecniche della riabilitazione neuropsichiatrica). Le discipline specificate da tali settori sono: *Infermieristica Generale, Infermieristica Clinica, Organizzazione della professione infermieristica (F23A); Infermieristica Clinica in Neonatologia, Infermieristica Clinica Pediatrica, Organizzazione della professione infermieristica (F23B); Infermieristica Speciale Ginecologica, Infermieristica Speciale Ostetrica, Organizzazione della professione infermieristica (F23C); Infermieristica Clinica in Igiene Mentale, Infermieristica Clinica in Neuropsichiatria Infantile, Tecniche di Elettrofisiologia e Neurofisiopatologia (F23D)*. Settori e discipline infermieristiche sono attualmente oggetto di ridefinizione, come previsto dal recentissimo Decreto Ministeriale del 23 Dicembre 1999 "Rideterminazione dei settori scientifico-disciplinari", che prevede, nell'ambito dell'area 6 "delle Scienze mediche": **MED/45 SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI, CLINICHE E PEDIATRICHE; MED/47 SCIENZE INFERMIERISTICHE OSTETRICO-GINECOLOGICHE; MED/48 SCIENZE INFERMIERISTICHE E TECNICHE NEURO-PSICHIATRICHE E RIABILITATIVE**. Il Decreto impone, entro i 120 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (5 Gennaio 2000), che tali settori scientifico-disciplinari siano integrati, su proposta del Consiglio Universitario Nazionale, da una sintetica descrizione dei relativi contenuti scientifico-disciplinari. Sulla base di tali premesse, il CUN ha recentemente emanato un documento che stabilisce, quali campi paradigmatici di competenza del settore **MED/45 (SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI, CLINICHE E PEDIATRICHE)**, l'infermieristica di area critica, l'infermieristica generale, clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica pediatrica e neonatale, la *metodologia della ricerca e dell'assistenza infermieristica*, la teoria dell'assistenza infermieristica. Le strutture didattiche potranno opportunamente individuare, a partire dai campi paradigmatici di competenza, le discipline oggetto degli insegnamenti da attivare. Le singole sedi universitarie, alla luce dei principi dell'autonomia (Decreto MURST 3 Novembre 1999, n° 509), risultano così responsabilizzate nella complessiva determinazione dei percorsi didattici e dei programmi di ricerca, con la possibilità di adattare i contenuti alle specifiche realtà di sede.
4. L'insegnamento della metodologia dell'assistenza infermieristica è generalmente strutturato già a partire dal primo semestre del primo anno (nel Corso Integrato A5 "Infermieristica Generale e Teorie del Nursing") o, più propriamente, dal secondo semestre (nel Corso Integrato B5 "Metodologia infermieristica applicata").
5. Si veda, al riguardo, la proposta elaborata nel giugno del 1998 dalla Giunta Nazionale della Conferenza Permanente dei Diplomi Universitari dell'Area Sanitaria, presieduta dal Prof. Luigi Frati. Fonte: *Foglio Notizie*, 1, 1998 (nuova serie), p. 17.

riproducibili. Tale operazione trae legittimità rappresentativa solo in quanto sottoposta al *controllo metodologico*, cioè a regole, strumenti, processi e linguaggio rigorosi. Il metodo riguarda perciò, da un lato la determinazione concettuale del campo stesso della conoscenza e della pratica, dall'altro l'*esplicitazione delle regole cui dovrà sottostare l'attività scientifica, professionale e di ricerca*. Tale fenomeno avviene anche per l'*infermieristica* che - come qualsiasi altra struttura di sapere - si giova dell'adozione di un metodo scientifico allo scopo di determinare con maggiore chiarezza l'insieme dei problemi sanitari che riconosce come propri (il cosiddetto '*specifico infermieristico*') e di orientare la pratica clinica verso modelli efficaci ed efficienti per la loro identificazione e risoluzione.

L'applicazione di un metodo clinico scientifico⁶ nell'assistenza infermieristica - il *processo di assistenza infermieristica* - ha assunto, con la sua diffusione, alcuni caratteri distintivi e fondamentali, che costituiscono, per la comunità dei docenti che sono chiamati ad affrontare tali tematiche nell'ambito dell'insegnamento universitario, un paradigma cui riferirsi e confrontarsi.

In primo luogo, la natura del processo di assistenza infermieristica dipende dal fatto che la scienza infermieristica sia fondamentalmente prescrittiva. Con tale locuzione si riconosce ad essa la predominanza dello *scopo pratico ed applicato* che assume, impegnando il professionista non tanto a conoscere "per conoscere", ma piuttosto a conoscere "per fare". La conoscenza accumulata in ambito infermieristico viene utilizzata, cioè, per studiare un particolare aspetto della 'perfettibilità' della persona - i bisogni di assistenza infermieristica - allo scopo di migliorare la qualità delle prestazioni infermieristiche e di

conseguenza aumentare le probabilità di successo nel promuovere, mantenere o ristabilire un desiderato stato di salute. È per tale motivo che il metodo della disciplina infermieristica si caratterizza, appunto, come *procedimento clinico*: esso non costruisce regole per scoprire nuove conoscenze, ma, attraverso le medesime regole, facilita l'applicazione delle conoscenze alla soluzione di problemi specifici di un soggetto o di un gruppo di soggetti.

In secondo luogo, la scienza infermieristica riconosce un proprio versante umanistico e storico-sociale. A differenza delle scienze propriamente naturali - come ad esempio la fisica -, che promuovono in forma quasi esclusiva l'*oggettività* del modello sperimentale, la prassi infermieristica si riferisce alla *soggettività* di due protagonisti attivi ed interagenti: il professionista stesso ed il beneficiario dell'assistenza infermieristica (con il suo entourage), inteso nella sua globalità bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale. Essa si traduce perciò in una relazione professionale continua, caratterizzata da un modo di procedere *dialogico e personalizzato*⁷. L'approccio dialogico del metodo infermieristico è necessario per una *comprensione delle dimensioni personali del bisogno di assistenza infermieristica* e, per tale ragione, interpella la dimensione etica dell'agire professionale. Infatti, la particolare natura del soggetto cui l'infermieristica si riferisce - la persona in stato di bisogno - implica la necessità di una comprensione empatica come preconditione per l'identificazione dei suoi problemi di salute (e quindi come garanzia di validità e di attendibilità del processo diagnostico circa i suoi bisogni di assistenza infermieristica) e l'assenza di un modello rigidamente deterministico per la definizione dei protocolli di intervento. Dunque, al procedere categorico ed algo-

6. A partire dalla seconda metà dell'Ottocento - e forse fino ai giorni nostri - la medicina, nel suo farsi scienza, ha sempre più considerato i termini 'clinico' e 'scientifico' come alternativi. La clinica, secondo tale accezione, è concepita come pratica artistica e, come tale, individuale e non generalizzabile, in contrapposizione alla presunta universalità della scienza. Nel presente saggio, recuperando il significato etimologico del termine (κλινή, 'letto') ed associandolo a 'scientifico', si sostiene la possibilità che anche un approccio particolare alla singolarità della persona malata possa essere condotto sulla base di un insieme strutturato, logico e coerente di regole. In questo senso metodo 'clinico' significa semplicemente 'pratico', 'applicato' ai problemi di un caso concreto e trova il suo opposto nell'espressione 'metodo di base' e non in quella di 'metodo scientifico'. Cfr. Raineri P., Antiseri D., "L'occhio clinico è garanzia di infallibilità?", *Kos*, 81, 1992.

7. "Mentre la maggior parte dei mestieri prende il via da un incontro tra uomo e materia e dall'addomesticamento reciproco dell'uno attraverso l'altro, il processo assistenziale parte dall'incontro tra due (o più) esseri viventi, ognuno dei quali è in possesso di alcuni elementi del processo stesso. Questo processo si pone all'incrocio di un sistema di scambio tra diverse fonti per arrivare a determinare la natura delle cure da fornire e i mezzi con cui metterle in opera. È un processo spiegazione-azione tra due figure sociali che hanno una competenza diversa e complementare che mira a trovare la sua forma di realizzazione partendo dalle capacità e dalle risorse di ognuno in un ambiente dato", Collière M.F., *Aiutare a vivere*, Milano, 1992, pp. 129-130. Per un approfondimento del concetto di personalizzazione dell'assistenza infermieristica, si vedano: Manara D., *L'eredità di Virginia Henderson. Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*, Lauri, Milano, in fase di pubblicazione e Motta P.C., "Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento concettuale e metodologico", in *Dolore e assistenza infermieristica*, atti del "III Congresso Nazionale", Cernobbio (CO), 1998.

ritmico del metodo tipico delle scienze 'esatte', che descrive dettagliatamente la concatenazione meccanicistica di ciò che deve essere fatto a fronte di diagnosi assunte come *veræ*, le discipline umanistiche, e l'infermieristica fra queste, oppongono il concetto di *strategia*, che non necessariamente fornisce un'indicazione circostanziata degli atti da compiere. Esso, piuttosto, precisa lo *spirito nel quale la decisione deve essere presa*, lo schema generale entro il quale le azioni devono aver luogo e gli *obiettivi* cui tendere. La strategia si realizza dunque attraverso una *veduta sistemica ed olistica dei fenomeni*, opposta ad una veduta frammentaria e deliberatamente particolaristica⁸.

L'insegnamento della metodologia infermieristica negli ordinamenti didattici universitari: una proposta per i livelli di base ed avanzati

Le disposizioni recentemente emanate in materia di riforma universitaria e di autonomia didattica⁹ prospettano un esito positivo all'aspettativa di larghitudine da parte della professione infermieristica, cioè l'istituzione di un *Corso di Laurea in Scienze infermieristiche* (classificato dai nuovi regolamenti come "Laurea Specialistica o di Secondo Livello"). Esso rappresenta il naturale completamento del *Diploma Universitario per Infermiere*, istituito nel 1991 e destinato a trasformarsi in una corrispondente Laurea di Primo Livello.

La discussione sulla laurea disciplinare degli infermieri si protrae ormai da alcuni anni e ha prodotto nel tempo numerose ed articolate proposte circa possibili ordinamenti e *corecurricula*. Secondo alcuni autorevoli esponenti della cultura e delle istituzioni infermieristiche, la Laurea Specialistica deve essere considerata come il percorso entro il quale sviluppare specifiche competenze nella *pedagogia sanitaria*, nella *ricerca*, nel *management* e nell'*organizzazione dei servizi*. Questo orientamento resterebbe dunque incentrato sulla formazione di figure necessarie per i

ruoli direttivi dell'assistenza infermieristica nel sistema sanitario e per il mondo universitario. Il parallelismo con la natura e le finalità delle Scuole dirette a Fini Speciali, che hanno formato la classe dirigente infermieristica dagli anni Sessanta ad oggi (DAI, IID e DDSI) e che sono ormai prossime alla soppressione, è fin troppo evidente. Una significativa proposta di ordinamento didattico secondo tale prospettiva è stata recentemente avanzata dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI¹⁰.

Una diversa concezione prefigura invece un Corso di Laurea di secondo livello in base alla logica dei *'Master'* di concezione anglosassone, cioè come percorso avente lo scopo di formare una figura infermieristica specialistica, particolarmente esperta in una definita area della conoscenza e della pratica professionale. In tal modo, il corso di studi sarebbe finalizzato allo sviluppo di una competenza prevalentemente clinica, sulla base delle aree di specializzazione già indicate - in linea generale - dal Profilo dell'Infermiere del 1994¹¹.

In entrambe le proposte - pur notevolmente differenti nel delineare il profilo dell'infermiere laureato che promuovono - si desumono con una certa chiarezza aree e tipologie di contenuti per l'apprendimento 'avanzato' della metodologia dell'assistenza infermieristica, da ricomprendere ai fini della costruzione dei programmi e, conseguentemente, dell'offerta didattica a coloro che intendono accrescere la propria competenza professionale.

Nella trasformazione del DU in laurea di primo livello, l'insegnamento della metodologia resterebbe in ogni caso finalizzato al pieno conseguimento delle funzioni di *base* che un qualsiasi professionista deve possedere per esercitare a livelli comunque qualitativamente elevati. In tal senso, il riferimento alle funzioni descritte dal Profilo è inequivocabile: l'infermiere si deve qualificare come professionista capace di:

1. partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

8. Per un approfondimento del concetto di metodo strategico, si veda Motta P. C., "Il processo di assistenza infermieristica", in Fumagalli E., Lamboglia E., Magon G., Motta P. C., *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*, Torino, 1998.

9. Decreto MURST 3 Novembre 1999, n° 509, "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" (G.U. n° 2, del 4 Gennaio 2000).

10. Fonte: *Management Infermieristico*, 3, 1999, pp. 21-24. Tale documento definisce, all'art. 1.2, gli scopi del Corso di Laurea e dettaglia, all'art. 2.6, gli obiettivi per ciascuna area didattico-formativa. Emerge un **profilo di infermiere laureato** con specifiche competenze di tipo **organizzativo** (l'area della gestione e della qualità comprende le capacità di progettare modelli operativi, costruire sistemi di standard assistenziali, promuovere multiprofessionalità...); nella **ricerca** (l'area della ricerca applicata richiama la necessità di una prassi basata sulle evidenze scientifiche); di tipo **didattico** (l'area della formazione applicata comprende le capacità di progettare percorsi formativi, costruire sistemi di valutazione...).

11. Per un approfondimento di tale orientamento, si veda Matarese M. et alii, "Analisi di un modello curriculare per la formazione infermieristica superiore", *Nursing Oggi*, 4, 1999.

2. identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi;
3. pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico;
4. garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
5. agire sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
6. avvalersi per l'espletamento delle sue funzioni, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

La laurea di secondo livello, diversamente, richiederebbe un insegnamento della metodologia dell'assistenza infermieristica orientato allo sviluppo di *competenze metodologiche avanzate e specialistiche*, attraverso un percorso di apprendimento da sviluppare, nel caso della proposta della Federazione, prevalentemente nell'ambito della metodologia della ricerca applicata o, nella logica del Master, prevalentemente nell'ambito dell'assistenza infermieristica specialistica. L'infermiere che affronta la laurea specialistica acquisirebbe, in tal modo, crediti come ricercatore clinico e come specialista in determinati settori del servizio sanitario.

Nei successivi paragrafi vengono considerati alla luce di tali premesse alcuni elementi che possono influire sulla costituzione di moduli, obiettivi e contenuti del programma di insegnamento per il Corso Integrato di *Metodologia infermieristica applicata* (B5), relativamente alla disciplina di Infermieristica Generale, nell'ambito del DU per Infermiere (Corso di Laurea di primo livello).

Il modulo 'Processi diagnostici'

Un esempio di articolazione dei contenuti:

Il processo diagnostico. Il problema della variabilità dei fenomeni di assistenza infermieristica. Dati quantitativi e dati qualitativi. Le regole fondamentali per la raccolta e l'interpretazione dei dati di interesse infermieristico. Il concetto di misurazione applicato alla clinica infermieristica. La diagnosi infermieristica. Le principali tecniche ed i più diffusi strumenti dell'indagine clinica.

Un modulo fondamentale per l'insegnamento della metodologia dell'assistenza infermieristica nella laurea di primo livello (attualmente, il DU per Infermiere) riguarda il *processo diagnostico*, cioè l'insieme delle competenze che l'infermiere acquisi-

sce allo scopo di formulare un giudizio clinico circa i problemi di salute di competenza infermieristica¹².

È opportuno precisare, ancora una volta, il *particolare* significato che si attribuisce in ambito infermieristico al termine 'diagnosi': se nella patologia indica "l'inserimento di un quadro clinico o sintomatico nel sistema della scienza medica ordinata in senso tassonomico"¹³, nell'assistenza infermieristica con esso ci si riferisce all'individuazione, in ragione degli assunti di un *modello concettuale dell'assistenza infermieristica* e nel rispetto dei criteri fissati dal metodo adottato, dei *problemi di salute attribuiti allo specifico infermieristico*, non affatto coincidenti con le malattie conosciute e classificate dalla scienza medica. La parola "diagnosi" deriva etimologicamente il suo significato dal greco (dià: per mezzo, attraverso) e ó (gnósis: conoscenza): il processo diagnostico è dunque un'attività conoscitiva condotta *per mezzo di teorie scientifiche e modelli* che giustificano un'*interpretazione deduttiva* dei fenomeni di interesse di un particolare campo professionale.

L'intervento specialistico realizzato dall'infermiere, cioè la scelta e l'attuazione di azioni infermieristiche in risposta a bisogni identificati, deve essere inquadrato in un processo di indagine, realizzato a *partire da una raccolta di informazioni* e da una loro *classificazione*. La situazione entro cui si sviluppa il processo diagnostico richiede innanzitutto che si *comprenda* la persona assistita nella sua integrità. Infatti 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 realtà indipendenti. All'infermiere, per la particolarità dei bisogni ai quali risponde, interessa la persona *in sé*, nella sua *totalità* e non un unico organo o apparato o un aspetto particolare del carattere o del temperamento della persona. Tale interesse, tuttavia, non deve contravvenire alla necessità di una *rigorosa selezione delle informazioni*. In quest'ottica, soprattutto, è essenziale la qualità e la selettività.

La particolare natura del bisogno di assistenza infermieristica richiede la raccolta di *dati quantitativi e qualitativi*. L'identificazione di un bisogno di assistenza infermieristica si fonda infatti sia sulla *misurazione di segni appartenenti alla dimensione*

12. Motta P.C., "Il processo di assistenza infermieristica", cit., pp. 219-230.

13. Rotschuh, 1965, cit. in Siegrist J., *Sociologia Medica*, Padova, 1979, p. 199.

bio-fisiologica (ad esempio, la quantità di zuccheri assunta in un dato intervallo di tempo), sia sulla *raccolta di informazioni appartenenti alle dimensioni psicologica e socioculturale* (ad esempio, gli stili e le abitudini alimentari culturalmente appresi). La necessità di riferirsi contemporaneamente ad aspetti quantitativi e qualitativi rende già evidente la complessità intrinseca al metodo infermieristico ed al suo insegnamento ed è fonte di dibattito nella comunità scientifica infermieristica nazionale ed internazionale: la controversia sull'*applicazione nella pratica professionale delle diagnosi infermieristiche*, cioè sull'adozione di un sistema finito ed esaustivo di categorie basate su segni e sintomi a cui riferirsi, è il principale terreno di divisione tra sostenitori ed oppositori dell'*opportunità di misurare con tecniche e strumenti quantitativi o qualitativi i dati attinenti all'assistenza infermieristica*¹⁴.

L'insegnamento del processo diagnostico comprende lo studio delle principali *tecniche per la raccolta dei dati*. Si considera determinante, infatti, allo scopo di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, che le informazioni siano raccolte secondo procedure codificate, seppure in forma non rigida¹⁵.

Nell'approccio alle *fonti*, l'infermiere si avvale di tecniche e strumenti specifici quali il *colloquio*, l'*osservazione* e l'*esame obiettivo*. Per condurre un'indagine accurata, assume perciò particolare importanza la competenza del professionista nella *comunicazione* e nell'*osservazione sistematica*.

La *raccolta dati*, come momento iniziale della relazione assistenziale tra infermiere e cliente, è un momento essenziale per la creazione di un rapporto di fiducia e conoscenza reciproca, sul quale l'infermiere fonderà la relazione assistenziale stessa. Essa

è un *processo dinamico* piuttosto che statico; una sua scrupolosa definizione è la *conditio sine qua non* della pianificazione personalizzata dell'assistenza infermieristica.

Il modulo 'Pianificazione e valutazione dell'assistenza infermieristica'

Un esempio di articolazione dei contenuti:

La pianificazione dell'assistenza infermieristica. Scopi, obiettivi e risultati dell'assistenza infermieristica. La questione dell'autonomia e della responsabilità in ambito clinico. Sistemi di decisionalità clinica e modelli di collaborazione interprofessionali. La prestazione infermieristica: 'una prescrizione che si fa diritto del cliente'. Linee guida, protocolli e procedure infermieristiche. La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica: efficacia ed efficienza della pratica clinica. Indicatori e standard infermieristici.

La pianificazione dell'assistenza rappresenta, nella clinica infermieristica, il momento di passaggio dal "conoscere" al "fare", dalla *diagnosi alla terapia*. Essa può essere definita come l'*insieme delle operazioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che l'infermiere singolarmente o in équipe ritiene possano condurre in modo efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti* e ad essa la metodologia riserva grande attenzione, poiché il valore sociale attribuito al ruolo professionale è funzione dell'*efficacia dimostrata* (cioè documentata e resa pubblica) dall'assistenza infermieristica, cioè del suo contributo concreto e specifico alla tutela della salute del cliente.

L'attività di pianificazione si realizza in due momenti fondamentali: la *previsione dei risultati* e la *specificazione del percorso clinico* che si ritiene

14. Si confronti, al proposito, la riflessione che conduce Carlo Calamandrei sulle principali distinzioni tra paradigma 'della totalità' e paradigma 'della simultaneità' nel presente numero della rivista. Calamandrei C., "I fondamenti della scienza infermieristica. Metaparadigma e paradigmi", *Nursing Oggi*, 1, 2000.

15. Uno schema per la raccolta delle informazioni - per ciascun bisogno - può essere esemplificato nel seguente modo:

- *fattori che abitualmente favoriscono la soddisfazione del bisogno* ed in particolare le modalità con le quali il cliente abitualmente ed autonomamente risponde ai propri bisogni;
- *fattori che abitualmente ostacolano la soddisfazione del bisogno*;
- *mutamenti recenti nella soddisfazione del bisogno* ed in particolare tutte le modificazioni dovute all'insorgenza di malattie;
- *risorse che sono state attivate direttamente dal cliente per fronteggiare i mutamenti nella soddisfazione del bisogno*; in tale fattispecie sono comprese azioni autonome, poste in essere dal cliente senza l'intervento di altri soggetti;
- *risorse che sono state attivate da altri soggetti per fronteggiare i mutamenti nella soddisfazione del bisogno*; in tale categoria, assume rilevanza precisare l'identità dei soggetti che agiscono a supporto del cliente, se appartenenti all'entourage o se personale infermieristico (i cosiddetti *care giver*);
- *le conoscenze ed i comportamenti necessari per migliorare la soddisfazione del bisogno*; in tale fattispecie rientrano i dati raccolti in merito al livello di conoscenza, da parte del cliente, di percorsi determinati atti alla promozione della propria salute.

Cfr. Bureau-Jobin C., Pepin J., "Uno strumento di raccolta dei dati", in Adam E., *Essere infermiere*, Milano, 1989, pp. 55-78.

a d'eguato per il loro raggiungimento: pertanto può o mportare la scelta, secondo le diverse situazioni, di *piani di assistenza infermieristica personalizzati*, ma anche di *p rotocolli infermieristici* e di *procedure* da eseguire¹⁶. La professione infermieristica dispone dunque di numerosi e diversificati strumenti per la *standardizzazione delle attività*. Con tale espressione non ci si vuole riferire ad una filosofia antitetica a quella che si richiama alla *personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza*. Standardizzare non significa rendere routinaria ed impersonale l'assistenza infermieristica, ma costruire sistemi razionali - gestiti dagli stessi professionisti - per la pianificazione delle prestazioni, in linea con l'evoluzione delle logiche organizzative e giuridiche, che si coniugano con una crescita della professione infermieristica nel senso della liberazione dal mansionario, della rideterminazione del proprio quadro di competenze, dell'azione interprofessionale e dell'assistenza fondata su evidenze scientifiche. Apprendere la costruzione e l'utilizzo di raccomandazioni, linee guida, protocolli e procedure - in quanto infermieri ma insieme a medici, fisioterapisti, dietisti, ecc. - rappresenta un elemento fondamentale del corso di metodologia dell'assistenza infermieristica.

Il modulo 'Sistemi e strumenti informativi'

Un esempio di articolazione dei contenuti:

La costruzione e l'implementazione di sistemi e strumenti informativi basati sul metodo infermieristico. Il passaggio professionalizzante dalla "consegna" alla cartella infermieristica. Tecniche di gestione e documentazione delle attività in ambito clinico. Il lavoro di gruppo e la comunicazione nella pianificazione dell'assistenza infermieristica. L'informatizzazione della cartella infermieristica. Le implicazioni deontologiche e legali nella documentazione dell'attività professionale.

Negli ultimi anni, all'interno della professione infermieristica, sta emergendo la consapevolezza di una *nuova attualità della cartella infermieristica*. In aggiunta all'originaria e fondamentale funzione di supporto informativo dell'assistenza infermieristica - cioè dell'attività clinica dell'infermiere -, la cartella acquista valore come fonte documentaria indispensabile per la gestione e l'organizzazione sanitaria e per il conseguimento di alcuni *obiettivi particolarmente rilevanti delle aziende sanitarie*: il controllo amministrativo ed economico delle prestazioni, il saldo costirisultati, la razionalizzazione e la riorganizzazione dei processi deputati alla produzione dei servizi, lo sviluppo della ricerca scientifica, sia clinica sia epidemiologica. Alle istanze di aziendalizzazione dei servizi sanitari vanno soprattutto attribuite le nuove funzioni connesse all'adozione di strumenti informativi finalizzati alla *documentazione dell'intero processo di lavoro dell'infermiere*: ad esempio, la determinazione del fabbisogno di personale attraverso la *misurazione dei carichi di lavoro* e la *valutazione della qualità delle prestazioni* sanitarie ed infermieristiche erogate.

Superando la parzialità di strumenti ormai obsoleti - come la *consegna* - mediante la cartella infermieristica, ci si propone dunque di fornire una integrale documentazione dell'intero processo di assistenza infermieristica, comprensiva non solo e non tanto dell'attività infermieristica di supporto alla diagnosi e alla terapia medica, ma piuttosto delle prestazioni infermieristiche prescritte in relazione a specifici problemi di salute di competenza infermieristica. La cartella infermieristica può dunque essere definita come uno *strumento informativo e di documentazione sistematica del processo di assistenza infermieristica*, attivato nei confronti di una persona portatrice di bisogni di assistenza infermieristica e concernente

16. Il *piano di assistenza infermieristica* (che trova ideale collocazione nella *cartella infermieristica*) può essere definito come l'applicazione concreta ad una o più persone assistite del processo di assistenza infermieristica. Esso comprende, dunque, per i soggetti destinatari dell'assistenza, la definizione della totalità degli interventi riferiti alla totalità dei bisogni identificati. Il *protocollo infermieristico* rappresenta la codificazione di un *determinato corso d'azione infermieristica da preferire nell'erogazione di una data prestazione, in una data situazione* e la sua applicazione nella pratica infermieristica è condizionata dalla presenza di alcune condizioni:

- l'emergere di una *situazione clinica sufficientemente ed univocamente delineata*;
- la *prevedibilità*, in tale situazione, di *uno più bisogni di assistenza infermieristica*, della loro modalità di manifestazione, delle loro eventuali cause;
- la possibilità di *esplicitare uno o più risultati finali*;
- la possibilità di scegliere ed indicare *atti da eseguire e specifiche procedure* da rispettare;
- la possibilità di definire *criteri (indicatori e standard)* per valutare l'efficacia dell'intervento professionale;
- la possibilità di *personalizzare* il protocollo, cioè di realizzare la flessibilità, modificando alcune sue parti, affinché si adatti meglio alle particolari esigenze manifestate dal cliente.

Infine, la *procedura* è la descrizione di una tecnica per l'esecuzione di uno o più interventi specifici. Per un approfondimento sul tema del protocollo infermieristico, si veda Motta P.C., "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico", *Nursing Oggi*, 4, 1998.

la raccolta delle informazioni e la loro organizzazione a scopo diagnostico, nonché la formalizzazione delle prestazioni e della valutazione dei risultati.

In essa, dunque, l'équipe infermieristica riconosce l'ideale supporto per mezzo del quale formalizzare le operazioni di *problem solving* e *decision making* connesse al processo di assistenza infermieristica.

In merito alle questioni conseguenti alla documentazione delle attività sanitarie - la *codifica dei dati sanitari* e l'*informatizzazione dell'assistenza infermieristica* -, il modulo di insegnamento-apprendimento deve promuovere un *primo approccio* al tema delle *opportunità* e dei *limiti delle applicazioni tecnologiche al linguaggio e alla prassi dell'assistenza sanitaria*, che deve restare un'*attività dell'uomo per l'uomo*, al di là delle mediazioni offerte dalle macchine. Il progresso scientifico della medicina e la possibilità di applicare le conoscenze fino ad oggi accumulate alla diagnosi e alla cura delle malattie esigono sempre più la capacità di controllare un notevole numero di dati clinici. Rispetto a ciò, la potenzialità dei moderni elaboratori elettronici facilita, anche nelle attività sanitarie, le operazioni complesse di organizzazione, calcolo, elaborazione ed inferenza delle informazioni. Ciò parrebbe particolarmente vantaggioso nel processo diagnostico e nella pianificazione degli interventi sanitari, poiché spesso il giudizio professionale di medici ed infermieri si realizza in condizioni di *difficoltà interpretativa* e di incertezza rispetto alle conseguenze di un certo profilo d'azione, aspetti che rendono particolarmente impegnativa e delicata la scelta della decisione probabilmente migliore¹⁷.

D'altra parte, l'intelligenza artificiale combinata all'attività delle professioni sanitarie non esclude il rischio che le competenze proprie della medicina e dell'infermieristica vengano progressivamente *condizionate* o addirittura *delegate* ai computers ed ai processi organizzativi che le supportano. L'uso del computer a scopo diagnostico rappresenta perciò una delle questioni di carattere più controverso nel capitolo delle applicazioni scientifiche e tecnologiche alle professioni sanitarie. La diagnosi clinica per il medico e l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica per l'infermiere costituiscono, *mutatis mutandis*, il focus delle rispettive attività e responsabilità, cui ogni professionista si è preparato in un lungo e complesso cammino di formazione in ambito accademico. L'abilità necessaria all'interpretazione dei dati raccolti, cioè all'espressione di un

giudizio razionale e scientifico in merito alla loro validità, attendibilità e significatività in relazione alle problematiche manifestate dal cliente, costituisce il patrimonio di competenza esclusiva più gelosamente custodito dalle professioni. La delega ad una macchina di questa capacità e compito suscita qualche giustificato timore, anche in considerazione del fatto che gli elaboratori elettronici necessitano di forme di manutenzione e controllo esercitate spesso in forma esclusiva da altri professionisti, appartenenti a campi disciplinari profondamente distanti dalle scienze sanitarie.

Metodologia clinica e metodologia d'insegnamento

Una tra le principali critiche che vengono mosse alle agenzie che formano il personale sanitario, ed in particolare all'Università, è quella che tali istituzioni si siano ridotte, nel tempo, a concepire e praticare un *insegnamento centrato sulla trasmissione orale di informazioni* (il cosiddetto 'contenutismo') e *rivolto a studenti posti in situazione passiva*. D'altra parte, l'infermiere - come qualsiasi altro professionista della salute - si trova a fronteggiare problemi complessi, che richiedono competenze specifiche, raffinate capacità di *problem solving*, di *decision making* e di gestione integrata delle informazioni utili al processo diagnostico ed alla pianificazione, nonché capacità di relazione e di comunicazione improntate alla fiducia professionale e al rispetto della persona. Secondariamente, la rapidità del progresso scientifico e tecnologico nel campo della salute si dimostra sempre meno controllabile sul piano di una mera organizzazione della didattica 'per contenuti'. Dal momento che non si può né insegnare tutto, né imparare tutto, spesso i programmi del DU per Infermiere si riducono a fornire un'*'infarinatura'* oppure una selezione specialistica di argomenti ritenuti prioritari. In entrambi i casi, il problema dell'esplosione quantitativa dei contenuti trasmissibili non viene risolto: lo studente rischia di *'sapere sempre di più su sempre di meno'*, fino a sapere *tutto di niente*!

Occorre, invece, che lo studente *si attivi*, cioè impari ad apprendere (*learn to learning*). Lungo tutto il percorso formativo, il ruolo degli insegnanti e dei tutors diventa quello di incoraggiare gli studenti a trovare e a utilizzare efficacemente le risorse necessarie ad accrescere le proprie competenze pro-

17. Motta P.C., "Il processo di assistenza infermieristica", cit., pp. 212-217.

f e ssionali e, nel nostro caso, metodologiche. Essi devono diventare “architetti della propria formazione”¹⁸, capacità che permetterà loro di continuare ad apprendere per tutta la loro vita professionale. Tali i assunti pedagogici sembrano particolarmente adeguati ad ispirare scelte didattiche innovative per l’insegnamento della metodologia dell’assistenza infermieristica, in un’ottica di superamento dei limiti della formazione tradizionale. Alla ‘dottrina dei contenuti’ si deve sostituire un percorso didattico centrato sulle attività che lo studente deve svolgere per apprendere un metodo, in grado di sostenerlo nell’operatività e di fronte ai problemi clinici che si troverà ad affrontare durante l’esercizio dell’assistenza infermieristica. In tal senso, si tratta di privilegiare metodi e tecniche formative della *didattica attiva* - quali esercitazioni, simulazioni, *case study*, *role-playing*, *tutorials*.

Conclusioni

Sulle *origini storiche della metodologia dell’assistenza infermieristica*, Lindberg, Hunter e Kruszewski, riferendosi al contesto professionale nordamericano degli anni Cinquanta, hanno affermato che “allorché il nursing allargò le sue conoscenze di base, gli infermieri ritennero il ruolo esecutivo insoddisfacente e incominciarono a pensare di pianificare l’assistenza da un punto di vista olistico, considerando cioè ogni persona come un essere intero con bisogni particolari ed unici. Tuttavia, poiché il nursing non aveva un suo metodo o una base teorica professionale di partenza per operare, i piani di assistenza diventavano spesso elenchi di attività. La parte più importante del nursing, il processo, quale metodo professionale, non veniva utilizzato in tali piani di assistenza. Pertanto, si è incominciato a cercare una solida base scientifica, per mettere in pratica la specificità della nostra professione, rivolta all’assistenza dell’individuo”¹⁹.

Tale proposizione mette in evidenza sia la *relazione esistente tra crescita della conoscenza scientifica e processo di professionalizzazione* sia la necessità, già percepita agli albori dello sviluppo dell’infermieristica, di stabilire una corretta distinzione fra teorie e modelli concettuali dell’assistenza infermieristica (oggetto di studio dell’*infermieristica generale*) e processo di assistenza infermieristica (oggetto di studio della *metodologia dell’assistenza infermieristica*).

In Italia, tale riflessione ha assunto un certo rilievo a partire dalla metà degli anni Settanta²⁰: in questo periodo si afferma - prima nelle Scuole per Infermieri e poi nelle unità operative - come indispensabile l’adozione del processo di assistenza infermieristica in quanto *metodo clinico*, avente lo scopo di assicurare un’assistenza infermieristica personalizzata.

A più di venticinque anni di distanza dalla sua ‘nascita’, si impone la *domanda sullo stato e sulle prospettive della metodologia infermieristica italiana* e, soprattutto, sulle modalità con cui il processo di assistenza infermieristica, fondamento e garanzia della razionalità scientifica dell’azione professionale e necessario prerequisito ormai anche legalmente riconosciuto, è attualmente *insegnato ed applicato nelle organizzazioni sanitarie*²¹. In tal senso, la ricerca sociologica ed organizzativa, condotta nelle strutture sanitarie dove opera l’infermiere, conferma l’ostacolo costituito dal permanere di una *cultura prevalentemente tecnicistica*, basata su modelli organizzativi orientati al controllo del proprio funzionamento più che dei risultati ottenuti. In tale scenario dominante, si accentua la svalutazione dei ruoli professionali, sovente appiattiti su mansioni di carattere tecnico-esecutivo che *non richiedono né l’insegnamento né l’applicazione di un metodo scientifico*.

Si considerino inoltre le ragioni di fondo delle *divergenti articolazioni* assunte dall’operatività infer-

18. Guilbert J.J., *Guide Pédagogique pour les personnels de santé*, 6° ed. orig., OMS, Ginevra (CH), 1990.

19. Lindberg J. et alii, *Assistenza infermieristica centrata sulla persona*, Firenze, 1983, p. 295.

20. Riferendosi al più ‘avanzato’ contesto nordamericano, Brignone affermava che “le teorie non sono fini a se stesse; per la loro applicazione sistematica è stato utilizzato il processo di nursing, che consiste in un adattamento del processo scientifico [...] la messa in atto di un piano di assistenza consente all’infermiera un approccio verso il paziente con un’ottica diversa da quella del medico o di altri operatori sanitari. Nel piano di assistenza, orientato da una delle teorie di nursing, confluiscono e vengono organizzate in modo autonomo le conoscenze, il metodo, gli strumenti e le tecniche proprie della professione infermieristica [...] La teoria della Henderson, riconosciuta ancora oggi tra le più valide in linea di principio, è certamente quella che meglio può trovare applicazione pratica [...] Tali piani [utilizzano] il processo di nursing, vale a dire una serie di azioni dirette a raggiungere lo scopo che l’infermiera si prefigge per il singolo malato [...] dobbiamo perciò riconoscere che ancora oggi il nursing in Italia ha molto cammino da percorrere [...] oggi, dopo che da un decennio si parla di nursing, nel nostro Paese, ripropongo la sfida contenuta non certo nel termine in se stesso, ma nella complessità del suo significato e nel dinamismo in esso implicito”. Brignone R., “L’assistenza infermieristica e l’organizzazione del servizio infermieristico”, in atti del “VII Congresso Nazionale CNAIOSS”, Firenze, 1972.

21. Cfr. Zanotti R. et alii, *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un’approccio italiano*, Padova, 1994³.

mieristica nelle strutture sanitarie (che riconoscono cause di natura territoriale, culturale, organizzativa, ecc.). L'elevata variabilità delle forme dell'assistenza infermieristica non costituisce di per sé una premessa alla *specializzazione delle competenze*, ma il prodotto di fattori esterni subiti dalla professione. La disomogeneità operativa diviene così un ostacolo all'introduzione ed al radicamento del metodo, soprattutto quando il processo di cambiamento organizzativo che li accompagna non è sufficientemente elastico e capace di razionalizzare il processo di lavoro ed i sistemi informativi di supporto e quando manchino i presupposti di un vero lavoro d'équipe.

Fare di tali aspetti l'oggetto di una ricerca 'avanzata' di metodologia rappresenta un possibile contributo ad un più diffuso e sistematico approccio scientifico ai bisogni delle persone che vengono assistite dagli infermieri e, di conseguenza, consente di porre in essere le precondizioni per accogliere le istanze di specializzazione espresse in forma sempre più insistente e giustificata dalla professione infermieristica.

Già nel 1973 la principale associazione tra infermieri degli Stati Uniti propose un elenco di *standard*, cioè di livelli minimi di qualità dell'assistenza infermieristica, che - di fatto - costituiscono un *codice fondamentale della metodologia anche per gli infermieri italiani*. Essi prevedono che:

- la raccolta dei dati sia sistematica e continua. I dati accessibili, comunicabili e registrabili;
- la diagnosi infermieristica venga ricavata dai dati raccolti;
- il piano di assistenza comprenda obiettivi che derivano dalla diagnosi infermieristica;
- il piano di assistenza comprenda le priorità e gli interventi infermieristici per conseguire gli obiettivi;
- l'intervento infermieristico offra al cliente la possibilità di partecipare;
- l'intervento infermieristico aiuti il cliente a trarre beneficio dalle sue capacità;
- il raggiungimento di un obiettivo venga determinato sia dall'infermiere sia dal cliente;
- il raggiungimento o il mancato raggiungimento di un obiettivo porti ad un'ulteriore raccolta dati.

A questo 'codice', unitamente alle funzioni indicate dal Profilo professionale, deve richiamarsi l'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica.

Il metodo scientifico, peraltro, non è - per l'infermiere - modalità che esaurisce ogni espressione dell'attività professionale: esso piuttosto introduce all'ineliminabile dimensione del contatto diretto con la

persona sofferente. Il metodo sfocia quindi in un'arte, cioè in quell'insieme di espressioni diverse e possibili che emergono dal contatto effettivo - unico ed irripetibile - con l'individuale. L'uomo infatti - e tale rimane il professionista... - percepisce il mondo come un complesso per lui significativo, solo parzialmente ridotto dal metodo scientifico. Gli elementi che entrano in gioco quando il procedere metodico si arresta, esprimono l'uomo in quanto individuo senza che sia possibile codificarli in precedenza. Non si dirà più allora che la risoluzione di problemi è pura questione di metodo ma piuttosto di stile: l'assistenza infermieristica, in tal senso, mantiene intatti i suoi attributi artistici, ma - quale professione matura - non può tollerare l'assenza di un metodo.

Bibliografia

- American Nurses Association (a cura di), *Standards of Nursing Practice*, Washington, 1973.
- Antiseri D., *Trattato di metodologia delle scienze sociali*, Torino, 1996.
- Bizier N., *De la pensée au geste. Un modèle conceptuel en soins infirmiers*, Ville Mont-Royal, Québec, 1992³, trad. it. *Dal pensiero al gesto*, Milano, 1993.
- Brignone R., "L'assistenza infermieristica e l'organizzazione del servizio infermieristico", in atti del "VII Congresso Nazionale CNAIOSS", Firenze, 1972.
- Bureau-Jobin C., Pepin J., "Uno strumento di raccolta dei dati", in Adam E., *Essere infermiera*, Milano, 1989.
- Calamandrei C., "I fondamenti della scienza infermieristica. Metaparadigma e paradigmi", *Nursing Oggi*, 1, 2000.
- Cantarelli M., *Il Modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano, 1996.
- Collière M.F., *Aiutare a vivere*, Milano, 1992.
- Di Giulio P. (a cura di), "Gli strumenti dell'assistenza. Protocolli, raccomandazioni delle società scientifiche, linee guida: queste le fonti per trovare risposte comprensibili e facilmente applicabili dagli operatori sanitari nella pratica quotidiana", *L'Infermiere*, 5, 1997.
- Di Giulio P., "Una strategia professionale basata sul risultato", *Foglio Notizie*, 4, 1997.
- Dimonte V., "Lo stato e l'uso della metodologia diagnostica in Italia", *Mondo Infermieristico*, Padova, 2, 1996.
- Fitzpatrick J., "Sistemi di classificazione per la diagnosi, la scienza e la pratica del nursing", *Mondo Infermieristico*, 2, 1996.
- Giunta Nazionale della Conferenza Permanente dei Diplomi Universitari dell'Area Sanitaria (a cura di), "Proposte di revisione dei settori scientifico-disciplinari F23", *Foglio Notizie*, 1, 1998 (nuova serie).

- Gordon M., "Nursing Nomenclature and Classification System Development", *Online Journal of Issue in Nursing*, 1998.
Disponibile <http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7>.
- Guilbert J.J., *Guide Pédagogique pour les personnels de santé*, 6° ed. orig., OMS, Ginevra (CH), 1990.
- Lindberg J. et alii, *Assistenza infermieristica centrata sulla persona*, Firenze, 1983.
- Manara D., *L'eredità di Virginia Henderson. Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*, Lauri, Milano, in fase di pubblicazione.
- Manara D.F., "L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 1999.
- Matarese M. et alii, "Analisi di un modello curriculare per la formazione infermieristica superiore", *Nursing Oggi*, 4, 1999.
- Motta P.C., "Il processo di assistenza infermieristica", in Fumagalli E., Lamboglia E., Magon G., Motta P.C., *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*, Torino, 1998.
- Motta P.C., "Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento concettuale e metodologico", in *Dolore e assistenza infermieristica*, atti del "III Congresso Nazionale", Cernobbio (CO), 1998.
- Motta P.C., "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico", *Nursing Oggi*, 4, 1998.
- Motta P.C., Dimonte V., "Sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 3, 1999.
- Motta P.C., "Cartella infermieristica e personalizzazione dell'assistenza", in *La cartella infermieristica come strumento di sviluppo professionale: prospettive di attuazione*, Giornata di Studio promossa dal Collegio IP.AS.VI di Sassari, 1999.
- North American Nursing Diagnosis Association (a cura di), *NANDA Nursing Diagnosis: Definition and Classification, 1999-2000*, Philadelphia, 1999.
- Raineri P., Antiseri D., "L'occhio clinico è garanzia di infallibilità?", *Kos*, 81, 1992.
- Servizio Infermieristico, Direzione degli Ospedali, Ministero degli Affari Sociali e dell'Impiego, *Protocolli dell'assistenza infermieristica*, serie "Organizzazione e gestione del servizio infermieristico", 4, Parigi (pubblicazione a cura del Collegio IP.AS.VI di Torino).
- Siegrist J., *Sociologia Medica*, Padova, 1979.
- Silvestro A., "Strumenti d'integrazione organizzativa assistenziale: piani di lavoro, protocolli, procedure", *Scenario*, 4, 1994.
- Snaidero D., "Riflessioni sulla proposta di legge per l'istituzione della laurea infermieristica alla luce delle modifiche suggerite dalla Federazione Nazionale Collegi", *Management Infermieristico*, 3, 1999.
- Taddia P., "La diagnosi infermieristica: il linguaggio, la metodologia, i modelli", in Bassetti O., *Lo specifico infermieristico*, Firenze, 1993.
- Werley H., Lang N., *Nursing Minimum Data Set*, New York, 1987.
- Yura H., Walsh M.B., *Il processo di nursing*, Milano, 1992.
- Zanotti R. et alii, *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Padova, 1994³.
- Zanotti R., "Diagnosi infermieristica e conoscenza scientifica", *Professioni Infermieristiche*, 2, 1997.