

COMITATO INFERMIERI DIRIGENTI  
Corso di Formazione, Informazione e Aggiornamento  
“La ricerca ed il management”  
Orvieto 21-22-23 Febbraio 2008

**CODIFICA E VALORIZZAZIONE ECONOMICA  
DEL LAVORO INFERMIERISTICO**  
Relatore I., I.I.D., Dott. Claudio De Pieri

Introduzione

Scrive Mintzberg: “Per comprendere le modalità di funzionamento della burocrazia professionale..... è utile immaginarla come un repertorio di programmi standard – in effetti l’insieme delle capacità che i professionisti sono pronti ad utilizzare – che sono applicati a situazioni predeterminate (denominate contingenze) anch’esse standardizzate. Il processo viene spesso indicato come classificazione (pige on holing). Sotto questo profilo il professionista ha due compiti principali: 1)classificare le esigenze del cliente in termini di una contingenza che indichi quale programma standard deve essere usato, un compito più o meno noto come diagnosi; 2) applicare o eseguire tale programma. La competenza di un professionista è come un insieme di strumenti ben progettati nell’affrontare problemi comprensibili nella loro struttura profonda ma non familiari nei loro particolari”

“E’ questo processo di classificazione che consente alla burocrazia professionale di definire, attraverso una scomposizione, i suoi vari compiti operativi e di assegnarli a singoli professionisti relativamente autonomi”<sup>1</sup>.

In questa relazione saranno proposte alcune riflessioni sulle problematiche della classificazione dell’attività infermieristica, sulla sua codifica, sull’identità professionale e la possibilità di sviluppare domanda e offerta di lavoro infermieristico, sull’importanza che il sistema informativo riveste nella valorizzazione del lavoro dell’infermiere.

Classificazione.

Prima di addentrarci nell’oggetto della trattazione è opportuno chiarire il significato del termine “classificazione” o del suo sinonimo “tassonomia”.

Per classificazione o tassonomia si intende:

*“L’operazione, l’effetto, il metodo del classificare; ...la divisione o distribuzione in classi, cioè categorie”.*

*“La tassonomia è una branca della scienza che studia i metodi d’ordinamento in sistema degli elementi, delle conoscenze, dei dati, delle teorie appartenenti ad un determinato ambito scientifico”.*<sup>2</sup>

*“La classificazione consiste nell’...”ordinamento di oggetti o entità in gruppi o classi, di regola in base alle somiglianze e alle differenze che sono percepite”*<sup>3</sup>.

Diversi sono gli approcci alla classificazione ma, dalla letteratura, si possono enucleare alcune caratteristiche generali che una classificazione o tassonomia deve rispettare:

1. Definizione dei caratteri originari: vanno definite a priori le caratteristiche generali che consentono ad un elemento di essere incluso in una tassonomia;

---

<sup>1</sup> Mintzberg H., 1985, Progettazione dell’organizzazione aziendale, Il Mulino, Bologna

<sup>2</sup> La Piccola Treccani, Dizionario Enciclopedico, Ed. Istituto dell’Enciclopedia Italiana, Roma, 1995

<sup>3</sup> Bynum W.F., Browne E.J., Porter R. “Dizionario di storia della scienza”, Ed. Teoria, Roma-Napoli, 1988

2. Onnicomprensività: ovvero tutti gli oggetti conosciuti riferibili a quell'ambito vanno ricompresi nella tassonomia. L'individuazione d'ulteriori elementi porta all'ampliamento della tassonomia;
3. Somiglianza/differenza: gli elementi vanno distribuiti nelle sotto classi in base alla somiglianza e o differenza che tra loro presentano;
4. Mutua esclusività (o assenza di ridondanza): un elemento può essere presente in una e una sola posizione della classificazione;
5. Subordinazione dei caratteri: una classificazione può o meno distribuirsi su più livelli (philum).

Va chiarito che la definizione dei caratteri originari rispetto ai quali costruire una tassonomia è una scelta arbitraria, riferibile ad un determinato contesto storico e sociale. Ad es. la pelle nera o la masturbazione sono state considerate malattie. In campo medico, ancor oggi è aperta la discussione su quale tassonomia utilizzare per i disturbi psichici.

Creare una tassonomia significa quindi individuare ed ordinare gli oggetti d'interesse di una determinata disciplina dando loro una sistemazione logica.

Significa, in altri termini, creare una base condivisa di termini, definizioni e rapporti, rispetto ai quali costruire ed approfondire le conoscenze disciplinari. Per tale ragione è nostra convinzione che il tentativo più rilevante che la ricerca infermieristica sta attualmente producendo a livello internazionale, riguarda la definizione di una classificazione o tassonomia delle diagnosi infermieristiche.

#### Classificazione e codifica

Un ulteriore aspetto da chiarire è il rapporto che esiste tra classificazione e codifica.

Il codificare va considerato come *“il procedimento di traduzione di un'informazione in una forma adatta a essere elaborata o trasmessa”* .....

*“tradurre, trascrivere mediante le regole e i simboli di un codice convenzionale”*<sup>4</sup>

In un'accezione moderna, la codifica può essere considerata come una procedura che ha la finalità di tradurre una classificazione in codici alfanumerici, più facilmente utilizzabili da un sistema informatico. A ciascun codice corrisponderà uno ed un solo elemento contenuto nella classificazione attraverso una corrispondenza biunivoca di significati e significanti.

Un esempio di codifica è dato dalla tassonomia II del NANDA, articolata su tre livelli. "Al primo livello troviamo 13 domini, questi contengono 46 classi che a loro volta includono oltre 170 diagnosi. La tassonomia II ha una struttura di codici a 32 bit, ovvero a 5 cifre. Questa struttura è prevista per un'eventuale crescita ed ulteriore articolazione della tassonomia, senza che questo debba comportare una ridefinizione dei codici. Inoltre, tale struttura, è in sintonia con le raccomandazioni della National Library of Medicine (N.L.M.)".<sup>5</sup>

#### Classificazione e Identità Professionale

Negli ultimi 50 anni sono state proposte numerose teorie tese a definire l'identità dell'infermieristica. Al di là del giudizio che se ne può dare, è indubbio che queste hanno chiarito, negli infermieri, i paradigmi fondanti la professione.

Allo stesso tempo però, essendo gli enunciati teorici molto ampi (teorie ad ampio raggio con approccio deduttivo), è mancata la traduzione, in comportamenti operativi, di quanto teorizzato.

Ciò ha determinato una schizofrenia tra ruolo percepito dalla componente "intellettuale" della professione e ruoli agiti dai professionisti o attribuiti dagli utenti e dalle altre professioni.

---

<sup>4</sup> T. De Mauro "Dizionario della Lingua Italiana per il terzo millennio" - Ed. Paravia

<sup>5</sup> Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2003-2004, NANDA International, Philadelphia, 2003 International Journal of Nursing Terminology and Classification: Volume 17, N.2, April-June, 2006

In tutto questo, anche altri fattori hanno giocato negativamente, e, primo fra tutti, il fascino delle “certezze” del sapere bio-medico, supportato da un apparato di ricerca, di cultura, di potere organizzativo ed economico enormemente maggiore di quello infermieristico. Ha agito la capacità che questo sapere ha di penetrare nella società e di condizionarne i comportamenti, di determinare l’allocazione delle risorse, in base a istanze morali più o meno motivate. Un esempio di ciò è la quantità di mezzi che i sistemi sanitari consumano per garantire a pazienti in fin di vita, terapie che al meglio possono aggiungere pochi giorni di sopravvivenza.

Una via alternativa, e forse più naturale, per definire l’identità professionale, è quella che fa riferimento ai problemi di cui una determinata disciplina si deve occupare, ossia alla loro classificazione (approccio induttivo).

E’ evidente che senza una definizione generale dei paradigmi di riferimento di una professione, diviene difficile al professionista comprendere quali siano i problemi ai quali rispondere. E’ altrettanto evidente però che l’assenza di una classificazione di questi problemi, complica enormemente il rapporto con altre professioni e rende “invisibile” l’identità della professione al cittadino utente.

### Classificazione e domanda di assistenza

Se è vero come è vero, che nel contesto sanitario è spesso l’offerta a determinare la domanda, allora il problema è che gli infermieri non sanno bene quali merci offrire ai loro clienti, anche se quei clienti avrebbero bisogno delle loro merci. Di conseguenza, generalmente, si limitano a fare i rivenditori dei prodotti altrui.

Richiamando Mintzberg si può affermare che l’assenza di una chiara “classificazione dei problemi” di competenza e di un “repertorio di programmi standard” con le relative conoscenze, inibisce l’espressione di una professionalità piena.

Un esempio può aiutare a meglio comprendere quanto affermato.

Si consideri un paziente cui è posta la diagnosi medica di diabete insulino-dipendente. Il medico, con ottica medica, prescriverà una terapia insulinica quale soluzione del problema. E’ sufficiente? No, il paziente avrà quasi certamente la necessità di essere istruito rispetto alla gestione della terapia.

Qual è la competenza richiesta all’infermiere per svolgere utilmente la sua opera educativa? Deve conoscere approfonditamente il diabete? E sufficiente che conosca bene le problematiche connesse all’insulino terapia?

No, tali conoscenze, in questo esempio, sono l’elemento accessorio, necessarie, ma non centrali rispetto ad una competenza che si esplica nella capacità di educare.

L’azione educativa non è processo semplice e ripetibile con le medesime modalità nei confronti di un adolescente, adulto od anziano, collaborante o non collaborante, italiano o immigrato etc.?

La competenza educativa, semmai, trova una sua ripetitività in relazione alle diverse tipologie di utente più che non rispetto alla patologia. Sotto questo profilo un paziente che debba iniziare una terapia insulinica è simile ad un suo corrispettivo per età, stato civile, livello di formazione, etc., che debba iniziare una terapia complessa per problemi cardiaci o nefrologici.

A quale classificazione deve allora far riferimento l’infermiere per essere utile all’utente?.

A quella relativa alle patologie e terapie ( ICD IX 250) o ad una classificazione che preveda e descriva il problema “Insufficiente conoscenza” ( cod. NANDA 00126)?

E’ evidente che non è tanto la classificazione del diabete a darci informazioni sul tipo di intervento educativo da attuare, quanto la condizione del paziente, vista da una prospettiva assistenziale.

Non classificare correttamente il tipo di problema da gestire, può avere come conseguenza il non garantire una prestazione adeguata e, se anche questa fosse garantita, non poter esplicitare la maggiore o minore complessità della stessa.

Quanto esposto equivale ad affermare che l'infermieristica non può assumere a riferimento centrale le patologie (per questo ci sono già i medici) quanto piuttosto i diversi problemi che le situazioni patologiche possono determinare.

Ma, la difficoltà principale che si presenta è che gli infermieri non hanno ancora deciso con chiarezza quali sono i problemi di cui devono occuparsi e come classificarli. Si può anzi dire che molti ritengono inutile qualsiasi classificazione.



**Figura 1 Rapporto tra offerta e soddisfazione dei bisogni**

Allora può succedere che in una situazione sanitaria nella quale spesso gli interventi messi in atto difettano di appropriatezza o addirittura inducono una domanda immotivata, gli infermieri non individuino e di conseguenza non diano risposta a problemi reali, di loro competenza, che il paziente ha.

Cito a conferma di questa affermazione un'indagine<sup>6</sup>, da noi condotta, nella quale è risultato che l'introduzione di un sistema di classificazione (NANDA) all'atto dell'accertamento, ha aumentato di 10/15 volte il numero di problemi assistenziali individuati.

Dobbiamo allora, anche noi infermieri, seguire il motto del Dott. "Knock", giovane intraprendente medico, che nella commedia di J. Romain<sup>7</sup> arriva ad affermare (per suo tornaconto): «Da parte mia, non conosco che persone più o meno colpite da malattie più o meno numerose, a evoluzione più o meno rapida»....?

Certamente no. Vi è però un dovere che gli infermieri, hanno nei confronti degli utenti, quello di riequilibrare una sanità tutta orientata alla diagnosi e cura e poco attento a bisogni diversi e altrettanto vitali per i soggetti assistiti.

In questo, la classificazione diviene strumento per reificare problemi che altrimenti rimarrebbero indefiniti, per portare alla superficie quei "bisogni reali non manifesti" che rimangono tali semplicemente perché non viene utilizzata un efficace chiave di decodifica.

<sup>6</sup> C. De Pieri, M. Casella : "Multi-dimensional evaluation of a course on the NANDA Methodology for Psychiatric Nurses" in Proceeding of 6<sup>th</sup> European Conference of ACENDIO

<sup>7</sup> Romain J. *Knock ou le triomphe de la médecine*. Paris: Edition du Valois, 1953

La catalogazione diagnostica, l'identificazione dei segni e dei sintomi, in altre parole dei caratteri definitori da correlare a ciascuna diagnosi, rappresentano la piattaforma su cui sviluppare la ricerca per la definizione dei migliori metodi e degli interventi da mettere in atto nei confronti dei pazienti.

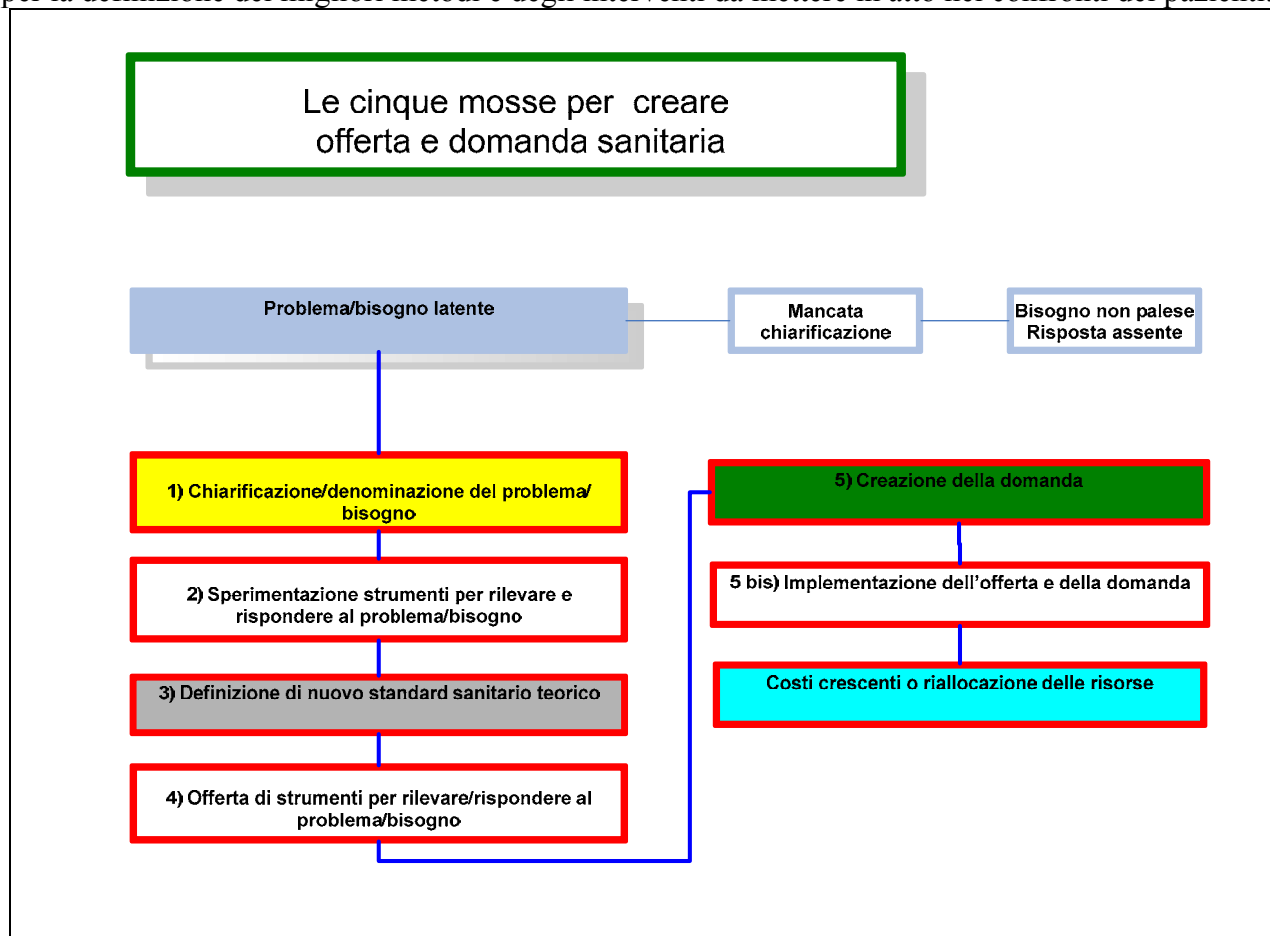


Figura 2 Meccanismi di creazione di domanda sanitaria (C. De Pieri)

Non solo; il far emergere alla luce della conoscenza e della coscienza i problemi che, sino ad ora, sono stati percepiti in modo indistinto, assegnare loro un nome e una definizione, significa metter le basi per poter un domani dare risposte efficaci a quei problemi dell'utente.

### Quale tassonomia per quale sistema informativo

Chiunque voglia sviluppare strumenti informativi basati sulle "Information Technology", siano essi schede, cartelle infermieristiche, minimum data set infermieristici o documentazioni gestionali integrate, non può prescindere dall'utilizzo di vocabolari, codici, tassonomie.

Le classificazioni utilizzate nell'infermieristica sono innumerevoli e ciascuna nasce con uno scopo. Nell'attuale scenario troviamo classificazioni basate su:

- 1) i problemi del paziente (DRG <sup>8</sup>, NANDA, Omaha System <sup>9</sup>, ICF <sup>10</sup>, PRN <sup>11</sup>);
- 2) gli interventi atti a risolvere i problemi (NIC <sup>12</sup>, LEP <sup>13</sup>, ...)
- 3) i risultati ottenibili (NOC <sup>14</sup>).

<sup>8</sup> Diagnoses Related Group è un sistema di classificazione dei casi ospedalieri in uno dei circa 500 gruppi, utilizzato per definire le tariffazioni

<sup>9</sup> L'Omaha System è un sistema standardizzato di classificazione dei problemi, degli interventi e dei risultati infermieristici

<sup>10</sup> ICF: Classificazione internazionale OMS delle disabilità e della salute.

<sup>11</sup> PRN: sistema canadese per la valutazione delle cure necessarie e per la pianificazione

<sup>12</sup> NIC: Nursing Intervention Classification: è la prima classificazione completa degli interventi di pertinenza infermieristica

<sup>13</sup> LEP ® è uno strumento per definire il carico di lavoro infermieristico, particolarmente diffuso in Svizzera.

4) gli indici di complessità dei casi trattati (ICA<sup>15</sup>, Scala FIMM<sup>16</sup>, Barthel Index<sup>17</sup>), o di problemi assistenziali specifici. (Glasgow Scale<sup>18</sup>, APACHE II<sup>19</sup>, etc.).

Prima di scegliere o costruire uno strumento informativo basato su di una classificazione è opportuno riflettere sul fatto che questo inevitabilmente interagirà con la realtà, condizionandola e produrrà effetti di lungo periodo.

Ad esempio, se si sceglie uno strumento adatto a classificare, monitorare e quantificare le prestazioni infermieristiche, si orienterà l'interesse dei fruitori su problematiche di efficienza degli output<sup>20</sup>, di consumo di risorse, di costo, ma difficilmente questo produrrà una base di conoscenze utili a valutare l'appropriatezza degli interventi in rapporto alla condizione del paziente.

Al contrario, la scelta di una tassonomia basata sui problemi/diagnosi infermieristiche dei pazienti, spingerà l'organizzazione a valutare scelte alternative di intervento e a misurarsi con gli outcome<sup>21</sup>, oltre che stimolare la crescita delle attività di accertamento e pianificazione infermieristica.

Da un lato una scelta simile determinerà la necessità di implementare processi formativi e di cambiamento organizzativo, con tutti i problemi a questo connessi, dall'altro sarà essa stessa driver del cambiamento.

In definitiva si può affermare che in un sistema organizzativo coerente, ci deve essere congruenza tra gli obiettivi assegnati, il sistema informativo utilizzato e la modalità con cui vengono organizzate le cure. Ne deriva che prima di scegliere quale tassonomia utilizzare è bene porsi domande come quelle che seguono:

1) *“La classificazione deve essere accettata da più professioni o deve riguardare i soli infermieri?”*

Strumenti come l'ICF e le FIMM sono utilizzati indifferentemente da varie professioni; al contrario il NANDA è strettamente infermieristico.

2) *“Quale tra le tassonomie disponibili presenta maggior affidabilità ed universalità?”*

Pur non essendo facile prevedere cosa accadrà in futuro è evidente che classificazioni utilizzate in ambiti ristretti come può essere una sola nazione o regione, hanno scarsa possibilità di sviluppo. Chi sceglierebbe ( e chi se lo ricorda oggi) Framework 2, programma integrato di gestione di testi e dati? Chiunque abbia utilizzato questo applicativo sa quanto fosse innovativo, ma conosce anche le difficoltà incontrate a passare ad OFFICE una volta che Framework non ha più avuto futuro e il mondo si è messo a servizio della Microsoft.

Può piacere o non piacere, ma è indubbio che così come qualsiasi sistema operativo nel medio periodo non potrà prescindere dal linguaggio di Office, così, altrettanto, nel mondo infermieristico, la tassonomia NANDA<sup>22</sup> e altre ad essa collegate,<sup>23</sup> con ogni probabilità sono destinate ad assumere il valore di standard di riferimento.

Ulteriori domande da porsi sono le seguenti:

---

<sup>14</sup> NOC: Nursing Outcome Classification, classificazione dei risultati del paziente;

<sup>15</sup> ICA: B. Cavaliere, "Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica. Calcolo dell'indice di complessità assistenziale (ICA)", in Santullo Anonella, *L'infermiere e l'innovazione in sanità*, Milano, McGraw-Hill, 2004, pp. 318-328

<sup>16</sup> FIMM: scala di valutazione della disabilità utile anche per una valutazione complessiva del grado di autonomia del soggetto

<sup>17</sup> Barthel index: scala di valutazione della disabilità

<sup>18</sup> Glasgow Scale: scala per misurare lo stato di coscienza di un soggetto

<sup>19</sup> Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

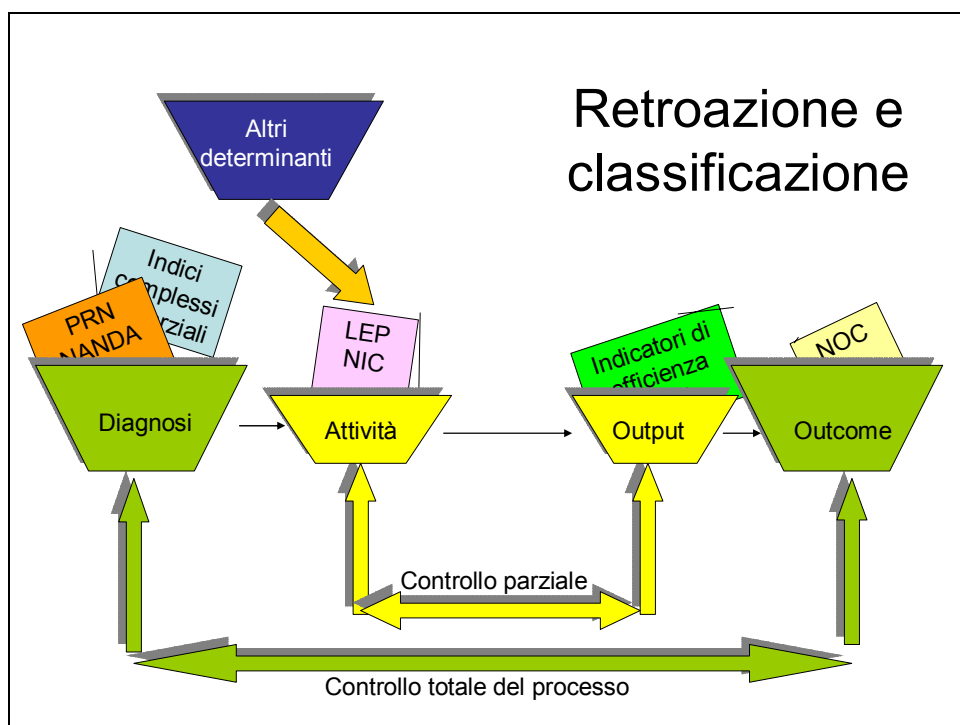
<sup>20</sup> risultati intermedi quali il raggiungimento di rapporti ottimali tra risorse utilizzate/n. prestazioni, tempo/prestazioni, prestazioni efficaci/n.tot. prestazioni

<sup>21</sup> risultati valutati in termini di salute/beneficio finale per il paziente (autonomia, benessere, mastering)

<sup>22</sup> A. Thoroddsen, M. Ehnfors, "Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation" *Journal of Clinical Nursing*, 2007, Blackwell Publishing Ltd

<sup>23</sup> M.Lunney "Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert", *J Nurs Adm.* 2006 Mar;36(3):118-25. Review.

- 3) “Quali informazioni si devono produrre. Informazioni per l’assistenza? ... la gestione corrente? ... il controllo di gestione ed il conto economico? Oppure per tutti e tre i requisiti precedenti?”
- Se l’utilizzo che se ne farà sarà limitato ad un particolare aspetto assistenziale, allora un buon strumento di codifica delle problematiche inerenti quel settore, magari riconosciuto a livello internazionale, potrà essere la scelta migliore.
  - Se diversamente, si vogliono confrontare, a scopo gestionale (ad es. l’allocazione degli operatori), realtà simili, allora possono tornare utili strumenti semplici quali gli indici di complessità assistenziale.
  - La misurazione dei costi potrebbe ben avvalersi, anche su ampia scala, (livello di Azienda Sanitaria o più Aziende) di strumenti analitici quali il LEP.
  - Infine, se l’obiettivo è di creare un sistema informativo integrato che risponda sia alle necessità cliniche che a quelle gestionali, economiche e di ricerca, allora la scelta migliore, almeno sul piano teorico, è probabilmente quella di utilizzare sistemi di codifica che partano dalla classificazione dei problemi assistenziali e colleghino questi ai possibili interventi e risultati.<sup>24</sup> Tra questi, il metodo storicamente più utilizzato è il PRN, ma vi sono esperienze in atto di utilizzo del sistema NANDA.



v. **Figura 3** Influenza delle tassonomie sul controllo del processo assistenziale (C. De Pieri)

- 4) “Le informazioni che si vogliono ottenere verranno utilizzate in tempo reale?”
- Porsi questa domanda significa chiedersi se i dati che verranno prodotti saranno utili a migliorare i processi decisionali sul singolo paziente (ad es. definire i piani di assistenza) e ad intervenire per migliorare in percorso i processi gestionali (ad es. distribuire i pazienti tra gli operatori in modo equilibrato).
- Sotto questo profilo gli indici di complessità assistenziale, darebbero informazioni troppo sommarie per decidere quale assistenza garantire, mentre potrebbero essere sufficienti per definire quotidianamente la redistribuzione dei carichi di lavoro.

<sup>24</sup> Henry SB, Mead CN. “Nursing classification systems: necessary but not sufficient for representing” “what nurses do” for inclusion in computer-based patient record systems” J Am Med Inform Assoc. 1997 May-Jun;4(3):222-32. Review.

5) “La classificazione serve a fornire informazioni su situazioni fortemente standardizzate e a rapida evoluzione (Fast Care) o su situazioni variabili che necessitano di pianificazione di medio/lungo periodo? (Slow care)<sup>25</sup>”?

Vi è una discussione aperta, anche nei paesi anglosassoni, sull’opportunità o meno di utilizzare il processo di nursing in quelle situazioni dove l’assistenza è fortemente standardizzata e molto legata ai trattamenti medici (day-surgery, fast track-surgery, terapie intensive). In queste situazioni gran parte delle decisioni avvengono in base a protocolli, piani standard, percorsi di diagnosi e cura. Ne consegue che l’utilizzo di un sistema informativo che si fondi su di una classificazione diagnostica diverrebbe pleonastico. In tali situazioni sembra più razionale operare con classificazioni atte a registrare le prestazioni anziché i processi.

Al contrario, in tutte quelle situazioni nelle quali l’assistenza assume il carattere della presa in carico, è preferibile utilizzare strumenti che consentano la pianificazione.

### Questioni aperte

Abbiamo fin qui cercato di descrivere le ragioni profonde che rendono una tassonomia dei problemi infermieristici punto di partenza necessario per lo sviluppo della clinica, della gestione e della valorizzazione del lavoro infermieristico.

Non è un caso che il National Center for Nursing Research (USA), alcuni anni fa abbia dedicato, una parte rilevante della propria agenda per il 2000, all’argomento delle tassonomie.<sup>26</sup>:

Il testo, riportato integralmente in appendice, pone un particolare accento su alcuni aspetti concernenti il rapporto tra ricerca e classificazione, quali lo sviluppo e la valutazione delle tassonomie, sul piano della reliability e della validità, ai fini del loro utilizzo:

- a) in ambito manageriale;
- b) per la costruzione del quadro concettuale della disciplina;
- c) come riferimento per l’attività di ricerca;
- d) per la sistematizzazione delle conoscenze già disponibili;
- e) nello sviluppo di nuove terminologie.

Inoltre, sottolinea come questa attività sia necessaria per lo sviluppo di un linguaggio che consenta l’utilizzo delle I.T. (information technology).

La validità del costruito tassonomico, ovvero la possibilità di classificare ciò che realmente si intende classificare, è uno dei problemi maggiori delle diagnosi infermieristiche così come fino ad ora definite.

---

<sup>25</sup> C. De Pieri “Revisione dei sistemi di gestione delle risorse umane” Xv Convegno Nazionale Comitato Infermieri Dirigenti, ” Orvieto 2-3-4- Dicembre 2004 in Atti Congressi: [http://www.cid-infermieridirigenti.it/atti\\_congressi.asp](http://www.cid-infermieridirigenti.it/atti_congressi.asp)

<sup>26</sup> Defining and Describing Data and Information for Patient Care

- “Develop and test the validity and reliability of clinical language for nursing related to assessments, diagnoses, interventions, and outcomes.
- Conduct large-scale validation of existing sets of clinical terms and solicit proposals for validating sets of terms to be developed (as with the NANDA diagnosis list).
- Develop and test the validity and reliability of taxonomies and classifications for managerial and financial purposes.
- Develop and test the validity and reliability of nursing definitional language, that is, for developing its conceptual and research knowledge and enhancing retrieval of nursing knowledge from literature and fact databases.
- Identify and define the issues and problems of developing a unified language for nursing that comprises all three areas of knowledge, and for interdigitating with the Unified Medical Language System (UMLS) under development by the National Library of Medicine.
- Develop and test clinical data storage schemes that optimize single-recording, multiple use in nursing.
- Identify and describe the implications of uniform language methods for the developing nursing language as well as methods for establishing nursing data standards that relate to existing federal data sources on health care delivery, health care practices, alternative care approaches and technologies, and health profession information.” <http://nintr.nih.gov/nintr/research/vol4/Chapter2.html>

La validità di molte diagnosi può essere misurata solo indirettamente, attraverso indici di “intra ed interobserver reliability”<sup>27</sup> ovvero di accordo tra soggetti, non essendo oggettivabile il quadro clinico a cui far riferimento. Diagnosi scorrettamente poste, determinano prestazioni assistenziali scorrette; ne deriva che anche una prestazione ben fatta produrrebbe un costo inutile.

Nonostante la tassonomia NANDA porti a buoni livelli di reliability<sup>28</sup> anche tra utilizzatori con scarsa esperienza, è indubbio che la sua introduzione deve essere preceduta ed accompagnata da intensi processi di formazione e da audit clinici.

Inoltre, perché possa assumere un significato realmente operativo, deve essere accompagnata dall'introduzione di piani standard di provata efficacia, piani che al momento sono indicati in alcuni testi, ma sulla cui attendibilità esistono scarse evidenze scientifiche.

Questi limiti non potranno essere superati se non attraverso un massiccio investimento nella formazione di base, continua e nella ricerca.

Per l'analisi fin qui svolta, ci sembra di poter concludere con le seguenti indicazioni generali che vanno poi adattate alle situazioni e contingenze locali.

1) In tutte quelle attività assistenziali in cui l'infermiere assume un ruolo prevalentemente se non esclusivamente collaborativo (“fast care”), ovvero non decide quali problemi affrontare e come affrontarli, ma semplicemente collabora a gestirli con prestazioni proprie, diviene inutile ed anzi “time consuming” (visto che trattiamo di aspetti economici), richiedere uno sforzo di analisi e classificazione di problemi che poi non saranno affrontati. Meglio, in queste situazioni, far riferimento alle modalità di rilevazione e classificazione classiche proprie delle figure che gestiscono il processo ( ad es. diagnosi e cura attraverso i DRGs). Semmai può essere valutata, a fini gestionali ed economici, l'entità del contributo infermieristico.

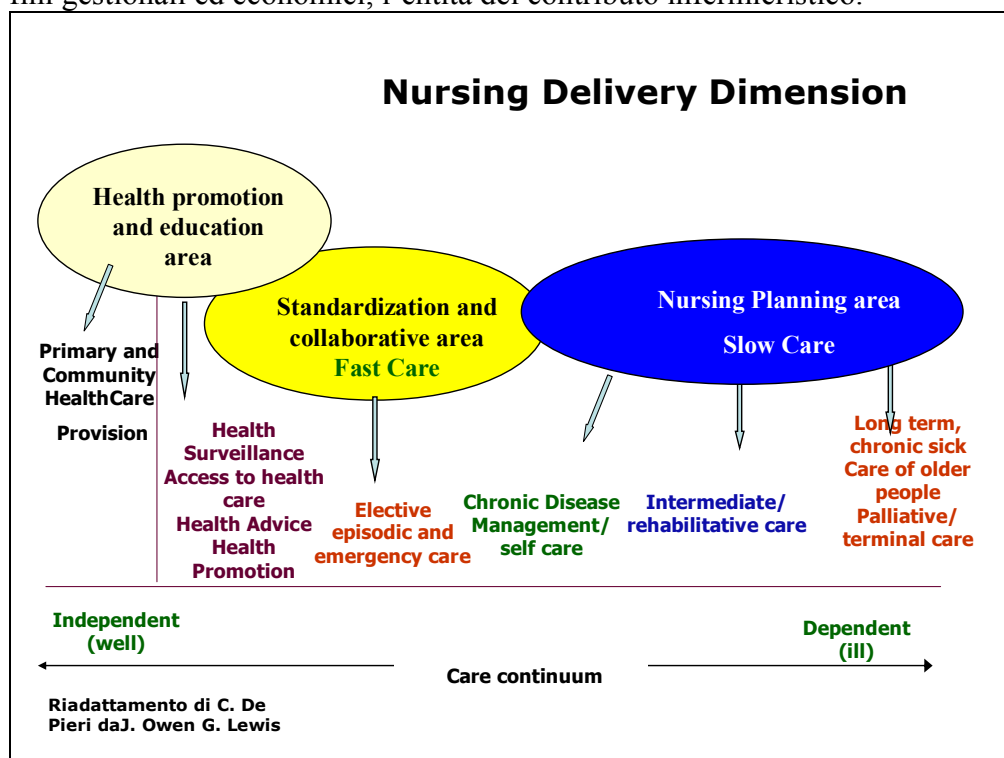


Figura 4 Standardizzazione e Pianificazione

<sup>27</sup> Propensione di una diagnosi ad essere riproposta, a partire dagli stessi dati, dalla stesso soggetto (intraobserver) a distanza di tempo o da due valutatori diversi (interobserver).

<sup>28</sup> C. De Pieri, “Comparison of Statistic Tools for the Esteem of Interobserver-Reliability in the Identification of the Nursing Diagnoses according to the NANDA Taxonomy” in Proceeding of 6<sup>th</sup> European Conference of ACENDIO

2) In tutte le situazioni in cui vi è invece una reale presa in carico del paziente, non solo è utile ma diviene strategico l'utilizzo di tassonomie validate che, seguendo fin dall'inizio il processo assistenziale (accertamento e diagnosi), portino a monitorarne le varie fasi.<sup>29</sup>

L'utilizzo di un sistema informativo basato su questi presupposti darà coerenza all'intero processo e risulterà utile sia alle attività cliniche che a quelle gestionali, di valutazione economica e di ricerca.

I vantaggi che ne deriveranno al dirigente e ai vari soggetti interessati, non saranno solo quelli di poter controllare l'efficienza e i costi del sistema, ma di poter altresì verificare l'appropriatezza delle attività cliniche, l'utilizzo di opzioni alternative di assistenza a fronte dei medesimi problemi, l'efficacia.

### Costi e valorizzazione economica

Entrando nelle questioni relative alla valorizzazione economica del lavoro infermieristico va osservato che, qualunque sia l'interlocutore dell'infermiere, intendendo per interlocutore sia l'utente che il committente, esso sarà disposto a pagare per un servizio, se viene dimostrato che, a fronte di un problema, si offrono dei rimedi a costi accettabili (rapporto costi/benefici).

Allora viene da chiedersi cosa può accadere, (ed è ciò che oggi accade) se un problema infermieristico non viene definito. Quale valore assumono i rimedi, seppur efficaci, che l'infermiere mette in atto, rispetto ad un problema di salute la cui natura rimane indefinita? Non è forse questa una delle ragioni della invisibilità economica degli infermieri?

Attualmente, a livello di ospedale, tutto il costo e il beneficio del lavoro infermieristico viene incluso nei DRGs che sono nati come descrittore di attività medica. Se questo può essere in qualche modo accettato nelle situazioni "fast care", dove gran parte della responsabilità è in capo al medico, non va bene certamente per tutte le situazioni dove l'intervento infermieristico è decisivo e prolungato nel tempo.

Viene anche da chiedersi, però, se una maggior capacità degli infermieri di evidenziare problemi assistenziali, di attribuirgli un nome e di definire i possibili modi di trattarli, oppure, se il proporre soluzioni alternative per problemi di salute che oggi trovano solo risposte mediche, non avrebbe come effetto un'amplificazione incontrollata della domanda?

Questa è una domanda più che legittima poiché una maggior sensibilità del sistema infermieristico non può che aumentare la quantità di lavoro indotto.

Inoltre, la definizione di approcci di assistenza alternativi ad es. all'intervento farmacologico, (si pensi alla psichiatria) a fronte di un dato problema, potrebbe condurre sia a risparmi che, al contrario, a maggior costi.

Questa seconda opzione sarà accettabile e accettata solo se sarà chiaro che il problema in questione è rilevante per l'utente e la soluzione proposta, valida.

Gli infermieri, come qualsiasi altra categoria di lavoratori, rappresentano un costo ed una risorsa, per la società. Sono costo quando concorrono a perpetrare attività e prestazioni inutili se non dannose. Sono risorsa quando contribuiscono a ridurre i ricoveri, ad accorciare i tempi di recupero dalla malattia, a garantire una morte accettabile e scembrare di inutili spese, a migliorare l'autonomia delle persone parzialmente o non del tutto autosufficienti. Su questi terreni gli infermieri possono fare moltissimo.

In Italia gli infermieri sono pochi rispetto ad altre nazioni, eppure riescono spesso ad impegnarsi in lavori che sarebbero di altri. Accade anche che, talvolta, siano vissuti dagli utenti alla stregua di "pubblici dipendenti fannulloni". C'è qualcosa che non va in tutto questo. Evidentemente molto di quello che l'infermiere può fare è perso nell'indefinito.

Un'ultima riflessione da fare riguardo al valore economico del lavoro infermieristico, concerne un aspetto finora non trattato.

---

<sup>29</sup> T. R. Clancy, C. W. Delaney, B. Morrison, "The Benefits of Standardized Nursing Languages in Complex Adaptive Systems Such as Hospitals", JONA, Volume 36, Number 9, pp 426-434, B2006, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

L'ultimo decennio, a livello mondiale, ha visto la crescita della "Knowledge Economy"; si stima che negli Stati Uniti, Canada e Giappone più del 60% della ricchezza sia prodotto dai "knowledge workers".

Ciò deve far riflettere tutti quelli che in questa nazione hanno un qualche ruolo dirigente.

I meccanismi di produzione della conoscenza si fondano sull'acquisizione di informazioni, sulla loro sistematizzazione, archiviazione, elaborazione e riproposizione in una forma che sia fruibile all'utilizzatore finale.

Tutto questo ha anche a che vedere con la possibilità di sviluppare la ricerca. Qualsiasi attività di ricerca è fortemente facilitata dalla disponibilità di sistemi informativi che mettano a disposizione informazioni ben strutturate, affidabili, rispondenti a logiche tassonomiche. La ricerca, per paesi come il nostro, è il vero motore dell'economia, e ognuno deve sentirsi in qualche modo responsabile della sua crescita, pena la decadenza.

La valorizzazione economica del nostro lavoro passa anche attraverso la nostra capacità di produrre know-how esportabile; non possiamo limitarci a importare conoscenze, tecnologie, software, modelli gestionali da altre nazioni; dobbiamo anche produrli. Questo è un obiettivo che la dirigenza professionale deve porsi per il bene della professione e più in generale della nazione.

Ma in questo dobbiamo rifuggire da logiche protezioniste che inevitabilmente ci lascerebbero indietro e che vedo spesso presenti anche nei settori più attenti della professione, logiche che portano a disconoscere il valore di quanto di meglio si va producendo a livello internazionale. Vogliamo viaggiare con la Trabant?<sup>30</sup> Non credo.

### The P50 Trabant



<sup>30</sup> Mitica utilitaria della Germania dell'Est