



Già nel mondo latino la glossa<sup>1</sup> indicava una nota esplicativa apposta a fianco di un termine di difficile comprensione: proprio da quest'origine il glossario si distingue dal dizionario in quanto, pur riportando ambedue una raccolta di lemmi, il primo si caratterizza per la tipicità degli stessi e per la loro contestualizzazione.

Il nostro glossario tratta di parole della nostra attività professionale che si richiamano ad una struttura teorica specifica, il primary nursing.

L'importanza di condividere l'accezione specifica di ogni termine è determinata dall'importanza che hanno le parole, il linguaggio, sia nel comunicare sia nella rappresentazione del mondo, in questo caso del mondo professionale. Per Vygotskij il linguaggio è lo strumento più importante che veicola i significati e gli elementi culturali di una società; la cultura influenza lo sviluppo e viene trasmessa attraverso il linguaggio che è uno strumento del pensiero (Abbagnano, 2006) ma che permette anche di rivelare la nostra identità (Bagnasco, Barbigli, & Cavalli, 1997).

Parlare un linguaggio specialistico è il prodotto della crescente specializzazione del sapere e delle conoscenze che, come sostiene Putnam<sup>2</sup>, determinano e "fissano" socialmente il significato dei termini a sostegno di un il linguaggio inteso come forma di attività cooperativa.

---

<sup>1</sup> Nell'antichità, la **glossa** era l'interpretazione di parole oscure (perché ermetiche o cadute in disuso) attraverso altre più comprensibili, ossia attraverso il linguaggio corrente. (<https://it.wikipedia.org/wiki/Glossa>)

<sup>2</sup> Hilary Putnam, "Rappresentazione e realtà", trad. di Niccolò Guicciardini, Garzanti, Milano 1993, Capitolo 2. "Il significato, gli altri e il linguaggio"

Avere quindi un'accezione comune e condivisa è uno strumento utile sia al confronto sia allo sviluppo e alle teorizzazioni nel campo

### **Quali parole?**

La scelta delle parole è stata fatta sulla base di due esperienze: la prima - la co costruzione con il gruppo di infermieri esperti del programma di formazione rivolto ai colleghi che iniziavamo l'implementazione del modello . Quest'esperienza è schematizzabile in fasi:

- formazione del palinsesto della struttura formativa sulla base degli specifici riferimenti teorici;
- conduzione dei corsi ed evidenziazione delle parole maggiormente critiche nella comunicazione tra formatori e partecipanti ai moduli e , in genere, nel gruppo;
- riflessione sull'esperienza condotta e individuazione, con un lavoro individuale, dei concetti portanti alla base di ogni modulo;
- prima elaborazione dei prodotti dei lavori di gruppo effettuati dai discenti ed individuazione delle parole chiave .

3

---

Successivamente si è proceduto a costruire il documento:

- identificazione ed elencazione delle parole e costruzione della prima bozza di glossario

- condivisione (stile Delphi<sup>3</sup>) del documento con infermieri esperti:
  - nell'attuazione del modello primary (campo clinico e campo organizzativo)
  - nella formazione
- perfezionamento del documento

#### **Quali destinatari?**

Il documento si rivolge a tutti i Colleghi che per ragioni di studio e/o nella loro pratica clinica applicano il modello del primary nursing

---

<sup>3</sup> In questa tecnica gli intervistati non sono compresenti fisicamente, ma interagiscono per mezzo di una guida, l'intervistatore/il team di ricerca, che raccoglie e diffonde le informazioni dal patrimonio conoscitivo del gruppo attraverso una serie di questionari intervallati da momenti di *feedback* di verifica delle opinioni emerse. Il metodo considerato, infatti, è un metodo interattivo basato su più fasi successive di raccolta dati. Ruolo fondamentale in questa tecnica di ricerca sociale è ricoperto dall'intervistatore, il quale ha il compito di mediare il confronto e la valutazione dei pareri raccolti favorendone la sintesi in ogni fase con i risultati della precedente.

R. Locatelli e P. Ossola, Università dell'Insubria  
([http://www.va.camcom.it/files/stat\\_prezzi/Varese2020/allegato5\\_Metodologia%20Delphi\\_dati.pdf](http://www.va.camcom.it/files/stat_prezzi/Varese2020/allegato5_Metodologia%20Delphi_dati.pdf))

## PAROLE PRIMARY

**PRIMARY NURSING<sup>4</sup>**: è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica fondato su quattro elementi costitutivi:

1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere decisioni.
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (case method).
3. La comunicazione diretta da persona a persona.
4. L'individuazione di una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

5

---

**APPROCCIO DECISIONALE DECENTRATO<sup>5</sup>**: le decisioni sull'assistenza vengono prese dall'infermiera che si assume la responsabilità del singolo caso, cioè cosa, come e perché fare un dato intervento viene definito non dall'organizzazione, dalla routine o da piani standard ma scaturisce dalla valutazione dell'infermiera PN che entra in relazione con la persona a lei affidata. Il flusso

---

<sup>4</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 43

<sup>5</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 44

comunicativo risulta essere semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni del paziente e sulla relazione con esso e con i suoi famigliari o persone di riferimento. Ciò può realizzarsi solo dopo l'avvenuta attribuzione di un paziente ad un infermiere che si assume la responsabilità della sua assistenza dall'accettazione alla dimissione.

**RESPONSABILITÀ<sup>6</sup> (responsibility):** chiara e specifica assegnazione dei doveri professionali. La responsabilità è garantita quando si è in presenza di un'assegnazione e della sua accettazione (quando si è infermiere primario) , nonché dell'assunzione del proprio ruolo anche esecutivo (quando si è infermiere associato). La responsabilità viene conferita e assunta in maniera evidente e viene definita dalla domanda: “Sto facendo ciò che mi sono dichiarato disposto a fare?”

6

---

**AUTORITÀ<sup>7</sup> (authority):** il diritto/la libertà di operare negli ambiti in cui è stata conferita e si è accettata una responsabilità. I livelli di autorità debbono essere chiaramente definiti e dipendono dall'ambito della situazione (un problema da risolvere) e dalle

---

<sup>6</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 137

<sup>7</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 138

competenze dell'individuo. Il grado di autorità viene definito dalla domanda: "Dispongo delle conoscenze e delle capacità necessarie a prendere la decisione o a fare l'azione della quale ho assunto la responsabilità?"

**AFFIDABILITÀ (accountability<sup>8,9</sup>):** l'obbligo di rispondere delle proprie responsabilità o meglio come afferma Tousijn "di rendere conto del proprio operato", valutando i risultati delle proprie decisioni ed azioni in vista di un adeguamento degli sforzi futuri. Viene definito dalle domande: "Ho fatto quello che avevo promesso di fare? Con quale risultato? Cosa ho imparato? Quale verifica è necessaria?" Ogni singolo infermiere è eticamente e legalmente tenuto a rispondere delle azioni compiute nell'esercizio della propria pratica.

7

---

---

<sup>8</sup> ibidem

<sup>9</sup> Il Concetto di accountability è il «potere e dovere rendere puntuale conto del bilancio e, in generale, della correttezza ed efficacia degli atti» (Tullio De Mauro, *Dizionario di parole del futuro*, Editori Laterza, Roma-Bari 2006, pp. 3-4; e l'autore commenta in margine: «cosa difficile, ma concetto chiaro, che però in molte lingue sembra ben reso solo dalla parola inglese»). Pur conservando una forte componente legata al diritto, il termine tende ad acquisire una valenza etica, rappresentando, in più campi, la necessità di relazioni di trasparenza, controllo e verificabilità tra una parte che agisce e un'altra che è a vario titolo interessata a tali azioni - <http://www.viasarfatti25.unibocconi.it/> considerando la necessità di afferire ad un lessico italiano e considerando come il secondo tra gli esempi d'uso ... si parla di accountability in politica come dell'affidabilità di un governo che «rende conto del suo operato in maniera sistematica e trasparente» di fronte ai propri stakeholder, cioè, in questo caso, i cittadini, attraverso i loro rappresentanti in parlamento ... si è ritenuto (ibidem) si è optati per tradurlo con il concetto di affidabilità.

**L'infermiere primario o primary nurse<sup>10</sup> (PN)** è l'infermiere responsabile della qualità dell'assistenza dei pazienti a lui/lei affidati, cioè di come verrà erogata l'assistenza ai suoi pazienti in modo continuativo. Nell'esercizio di questa responsabilità si possono individuare tre aree:

1. **Rendere disponibili le informazioni cliniche** necessarie agli altri per fare un'assistenza intelligente al suo paziente in sua assenza.
2. **Programmare l'attività assistenziale** in modo che le informazioni siano disponibili agli altri infermieri sotto forma di istruzioni di assistenza.
3. **Pianificazione della dimissione**, deve assicurarsi che il paziente e la sua famiglia, nel caso in cui questa debba prendersi cura di lui dopo la dimissione, siano preparati a farlo in modo efficace e sicuro.

8

---

Il PN è responsabile dell'assistenza per un certo numero di pazienti, ma contemporaneamente può essere di supporto per altri nel ruolo di infermiera associata. Il PN non deve provvedere necessariamente a tutte le attività di cura ma usa il processo di nursing per determinare i bisogni del paziente e per stilare un

---

<sup>10</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 45-7



piano individuale, di cui è responsabile, che viene comunicato agli altri membri del team assistenziale.

**INFERMIERE ASSOCIATO<sup>11</sup>**: quando l'infermiere primario non è presente, l'assistenza al paziente viene erogata dagli infermieri presenti in turno che devono seguire le istruzioni dell'infermiere primario eccetto il caso in cui un cambiamento delle sue condizioni richieda modifiche di tali istruzioni. L'infermiere associato, infatti, attua le cure pianificate dall'infermiere di riferimento, , riportate nella documentazione assistenziale. Se si rende necessario cambiare la pianificazione, l'infermiere associato può farlo; tutte le informazioni registrate sulla documentazione assistenziale verranno successivamente valutate con l'infermiere primario che confermerà o meno quanto pianificato dal collega nella situazione d'urgenza. L'infermiere associato deve chiarire al paziente e ai membri del team multidisciplinare che eventuali colloqui non urgenti vanno effettuati con l'infermiere di riferimento (Magon 68\69)

---

<sup>11</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 52-5

**RAPPORTO PN / AN<sup>12</sup>:** non è un rapporto gerarchico, ogni giorno un infermiere primario potrebbe assistere i suoi pazienti più un certo numero di pazienti i cui infermieri primari sono di riposo. Per i suoi pazienti sviluppa in modo continuo i piani di assistenza; per i pazienti di un'infermiere primario fuori servizio, segue le istruzioni lasciate nel piano di assistenza dal PN.

L'associazione infermiera PN \ paziente deve essere fatta soddisfacendo il criterio di complessità del caso / competenza dell'infermiere, ma anche nell'assegnazione quotidiana i criteri più importanti per decidere chi dovrebbe erogare l'assistenza sono:

1. I bisogni specifici di ogni singolo paziente.
2. Le capacità e i particolari punti di forza dei membri del team disponibili.

**RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO:** è un' attività intellettuale (perciò l'infermieristica è una professione intellettuale) che, partendo da una serie di informazioni, porta a identificare i problemi oggetto di interesse. Non è un processo esclusivo di una professione sanitaria (in genere diagnosi = medico); ad esempio è utilizzata dagli ingegneri per comprendere i problemi strutturali di un ponte, dagli insegnanti per capire i problemi di apprendimento

---

<sup>12</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 47-55

degli studenti. Nel campo dell'infermieristica il ragionamento diagnostico conduce a identificare il bisogno di assistenza infermieristica<sup>13</sup>.

Il ragionamento diagnostico non è sequenziale; poiché è applicato a situazioni non standardizzate, instabili, in costante evoluzione, deve essere ricorsivamente alimentato da nuove informazioni, assolutamente necessarie per monitorare la situazione e per riverificare le proprie valutazioni. Origina dalla rilevazione di sintomi e segni correlati sia alla storia clinica e personale sia alle abitudini di vita, con “uno sguardo sensibile alle differenze, alla simultaneità, alla frequenza, alla successione ... per scomporre e ricomporre quello che si vede”<sup>14</sup>. Il suo obiettivo è quello di individuare e denominare un problema per poi definire la strategia da applicare per affrontarlo. Questa attività, che si può definire di “confronto”, richiede, in genere, processi di ragionamento molto sofisticati, di tipo induttivo-deduttivo - falsificazionista<sup>15</sup>. Quando, però, si acquisisce esperienza, si abbandona l'approccio ipotetico deduttivo (necessario solo in casi complessi) e si procede per analogie, attraverso un ragionamento

---

<sup>13</sup> Saiani L, Brugnolli A . Trattato di cure infermieristiche. Napoli. Idelsen Gnocchi. 2011:118-21

<sup>14</sup> Palese A. Un dibattito sull'uso del modello Carpenito nella formazione infermieristica. Assistenza infermieristica e ricerca 2002, 21, 2, 103-06

<sup>15</sup> Di Giulio P, Renga G, Saiani L. Modelli e metodologie o anche clinica nella Laurea Specialistica in scienze infermieristiche? Assistenza infermieristica e Ricerca 2003,22,1,19-22

euristico con il quale si verificano le ipotesi che derivano dai propri modelli di riferimento: è il modello della cosiddetta “inferenza abduttiva”<sup>16</sup>. Interessanti, a questo proposito, sono gli studi di Benner<sup>17</sup> che introducono il concetto di “intuizione” dell’operatore esperto, il quale non si limita più a un approccio analitico per collegare la propria interpretazione della situazione ad azioni appropriate, ma che, a partire da un accresciuto retroterra di esperienza e di conoscenza e da una accentuata prontezza intellettuale e rapidità ricettivo - associativa, è in grado di cogliere nell’immediato l’essenza di una situazione; fatto che gli consente di focalizzarsi sul problema, contestualizzandolo nella situazione ed evitando superflue considerazioni marginali. Nel primary nursing il ragionamento diagnostico è utilizzato dall’infermiere per identificare i bisogni assistenziali del proprio assistito

---

<sup>16</sup> “Ossia l’inferenza che formula un’ipotesi esplicativa che è il primo passo nella formulazione delle spiegazioni, tanto nella vita quotidiana quanto in maniera più complessa nella scienza; senza di essa il sapere non potrebbe avanzare, in questo senso viene definita la prima inferenza”. Da Tuzet G. La prima inferenza. L’abduzione di C. S. Peirce fra scienza e diritto. Torino: Giappicchelli, 2006:1-8

<sup>17</sup> Benner P. L’eccellenza nella pratica clinica dell’infermiere. L’apprendimento basato sull’esperienza, edizione italiana a cura di Calamandrei C e Rossera L. Milano. McGraw-Hill, 2003:11-28

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA:** è la sintesi di tutto il ragionamento diagnostico. Non può semplicemente essere una constatazione o una “prevedibile previsione” di un fatto o di una situazione come, purtroppo, invece è spesso considerata. Non può essere un’etichetta che evidenzia un’alterazione di una o più dimensioni rispetto a una “presunta” norma, ma è un’interpretazione del professionista che, attraverso un’azione di continua correlazione tra situazione, contesto del singolo caso ed evidenze scientifiche disponibili, opera un’azione di sintesi esplicativa. Bisogna evitare di cadere in due estremi entrambi riduzionistici: uno, quello di ridurre il bisogno a una categoria diagnostica di processo, come, ad esempio, nel modello delle prestazioni infermieristiche, in cui le categorie diagnostiche corrispondono automaticamente a un bisogno di assistenza infermieristica e si risolvono con prestazioni definite; l’altro quello di ricondurre la complessità assistenziale della persona a set diagnostico-prescrittivi rigidi e standardizzati, applicati pedissequamente utilizzando tassonomie<sup>18</sup> nate in altre culture professionali e organizzative, soprattutto anglosassoni, che, in Italia devono confrontarsi con una cultura e una regolamentazione professionale molto diverse<sup>19</sup>. Questi estremi

---

<sup>18</sup> Manara DF. Verso una teoria dei bisogni dell’assistenza infermieristica. Milano: Lauri edizioni, 2000:156-62

<sup>19</sup> Palese A. Un dibattito sull’uso del modello Carpenito nella formazione infermieristica. Assistenza infermieristica e ricerca. 2002, 21, 2, 103-06

sono da evitare perché difficilmente conducono a una comprensione e, di conseguenza, a un'identificazione del bisogno di assistenza infermieristica in quanto inducono, in un certo senso, a “forzare” la persona nelle tassonomie.

L'infermiere primario utilizza l'enunciato diagnostico per identificare, ove necessario, il bisogno di assistenza infermieristica

**BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** è un elaborato intellettuale che scaturisce dalla valutazione del livello di autonomia che la persona assistita ha nel soddisfare i propri bisogni fondamentali in relazione al problema di salute, ai trattamenti, alle sue reazioni, alle sue abitudini di vita, agli esiti possibili, deducendo il tipo e l'intensità di necessità di aiuto e le competenze, professionali e non, necessarie per affrontarle. Questa valutazione prende in considerazione non solo la dimensione “osservabile” del bisogno di assistenza infermieristica, ascrivibile alla dimensione bio - fisiologica indagabile con gli strumenti delle scienze biomediche ma anche due dimensioni soggettive, quella psicologica e socio-culturale, indagabili con gli strumenti delle discipline umanistiche. Manara<sup>20</sup> afferma che “parafrasando Gadamer si potrebbe dire che l'adeguatezza del bisogno di assistenza infermieristica è la

---

<sup>20</sup> Manara DF. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Milano: Lauri edizioni, 2000:156-62

misura interna (il *mètrion* platonico) del bisogno stesso e delle sue modalità risolutive”.

Il bisogno di assistenza infermieristica si rapporta al terzo livello di risposta al bisogno<sup>21</sup> e nasce, da una valutazione di “insufficienza” delle precedenti competenze<sup>22</sup>; come direbbe Henderson, all’insufficienza di conoscenze, di forza o di volontà del soggetto e del sua rete di riferimento nel rispondere ai propri bisogni . Questo confronto mette in luce l’apporto che l’infermieristica può dare alla competenza personale ed etno - assistenziale. L’intero programma di ricerca sui bisogni testimonia la complessità e l’importanza di questo apporto, quanto a evidenze scientifiche, capacità tecniche e organizzative, esperienza, capacità relazionali ed ermeneutiche e sensibilità deontologica. I bisogni di assistenza infermieristica, in quanto tali, non possono venire semplicisticamente etichettati come “alterazioni di una o più di queste dimensioni rispetto a una

---

<sup>21</sup> L’*hard core* della teoria dei bisogni può essere rappresentato con uno schema a tre piani ove il primo piano è detto della “competenza personale” in quanto illustra la diade bisogno-risposta soddisfatta dalla persona che ne è la portatrice. Il secondo livello definisce la “competenza etno-assistenziale” quando il bisogno della persona non può essere soddisfatto autonomamente ma ha bisogno del supporto del gruppo di riferimento e il terzo livello quando, in particolari condizioni di compromissione della salute, alcuni bisogni di assistenza trovano soluzione “solo” attraverso una competenza specialistica appunto di tipo “infermieristico”. Tratto da Manara DF. Verso una teoria dei bisogni dell’assistenza infermieristica. Milano: Lauri edizioni, 2000:147-55

<sup>22</sup> cioè la competenza personale e la competenza sociale.

presunta norma, ma debbono essere interpretate dall'infermiere in un continuo rimando tra la situazionalità e la storicità del singolo caso, l'alterità della persona assistita e le conoscenze scientifiche provenienti dalle evidenze<sup>23</sup>. Non si tratta "solo" di conoscere il come e il perché delle manifestazioni cliniche ma piuttosto, e soprattutto, di comprendere l'insieme della situazione di bisogno di quella persona<sup>24</sup>. il significato più profondo del bisogno di assistenza infermieristica va ricercato e scoperto nella stessa natura dell'assistenza, cioè nell'arte di aiutare un'altra persona a crescere e a realizzarsi originalmente, riconoscendole potenzialità che hanno la necessità di svilupparsi.<sup>25</sup> Proprio questa necessità di sviluppo delle potenzialità della persona assistita e del suo nucleo familiare delinea l'area di autonomia professionale dell'infermieristica e, di conseguenza, l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche intese come enunciati sintetici che, utilizzando un linguaggio condiviso, esprimono, rispetto alla situazione contingente di una persona, ciò che è di interesse e di responsabilità dell'assistenza infermieristica. Guardando le diagnosi infermieristiche secondo questa prospettiva diventa impensabile utilizzare tassonomie

---

<sup>23</sup> Manara DF. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Milano: Lauri edizioni, 2000:156-62

<sup>24</sup> Ibidem

<sup>25</sup> Manara DF. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Milano: Lauri edizioni, 2000:156-62



nate e cresciute in contesti culturalmente diversi da quelli in cui viene agita la cura perché, anche se si possono trovare similitudini, diventa difficile comprendere fino in fondo una situazione se non si conoscono i suoi presupposti socio-culturali, oltre naturalmente a quelli personali. Questa considerazione è valida soprattutto quando si tratta di scegliere le strategie di cura educative<sup>26</sup>, quando cioè bisogna aiutare la persona assistita a crescere e a realizzarsi nella sua condizione di salute compromessa dalla malattia attraverso strategie di educazione terapeutica e di *empowerment*.

**IL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** è un procedimento di analisi, sintesi e decisione che mira a identificare e affrontare i bisogni di assistenza infermieristica presentati da una o da più persone in un ambiente dato<sup>27</sup>. L'analisi serve anche come base della valutazione dell'azione assistenziale e permette di porre in evidenza, argomentandole, le condizioni indispensabili a questa azione. Il processo assistenziale ha inizio da un incontro tra due o più persone delle quali ognuna ha in mano parte degli elementi del processo; esso si colloca "all'incrocio di un sistema di scambio

---

<sup>26</sup> Mortari L. La pratica dell'aver cura. Udine: Pearson Paravia Bruno Mondadori Spa. 2006:30-44

<sup>27</sup> Colliere MF. Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica. Milano: Sorbona, 1992: 256-8

che ha origine da fonti diverse e complementari”<sup>28</sup> e che si propone di determinare la natura delle cure da prodigare - cure di mantenimento della vita, cure di riparazione e tutto ciò che esse si propongono di compensare - la ragione di queste cure, ciò che esse vogliono ottenere e i mezzi necessari ad assicurarle.

Qualunque situazione assistenziale è una situazione antropologica, cioè è qualcosa che riguarda l’uomo inserito nel proprio ambiente, intessuto di tutti i tipi di legami sia simbolici sia reali; è per questo che sembra essere il procedimento più adatto per scoprire e comprendere le persone che vengono curate e per rendere significative le informazioni che esse veicolano<sup>29</sup>.

**IL PIANO DI ASSISTENZA:** consiste in un programma di assistenza che prevede gli interventi di natura tecnica, relazionale o educativa che il personale presente nelle 24 ore deve attuare per poter garantire un’assistenza adeguata alla persona assistita a cui appartiene il piano.

---

<sup>28</sup> Colliere MF. *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all’assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992: 256-8

<sup>29</sup> *Ibidem*

**COMPLESSITÀ**<sup>30</sup>: è una caratteristica qualitativa di un sistema (inteso come unione organica di più elementi interdipendenti) caratterizzato da molteplici variabili non direttamente controllabili. Per poter definire la complessità è necessario evidenziare la differenza tra aggettivi che nel linguaggio quotidiano tendono spesso a essere usati indistintamente e che, invece, richiedono un approccio differenziato:

- Complicato: che significa “ripiegato” su se stesso, e che, per essere compreso, necessita del “dispiegamento”. L’approccio da adottare di fronte ad un problema complicato è l’approccio analitico, cioè spiegando ciascuna delle parti. Per quanto il procedimento possa costare molta fatica è sempre possibile arrivare alla soluzione.
- Complesso: che significa “nodo – intreccio”, e che, per essere compreso, necessita di un approccio sistemico/ologrammatico perché la scomposizione delle parti non permette la comprensione del tutto. Alla soluzione si giunge attraverso la comprensione dell’insieme.

---

<sup>30</sup> Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologi a applicativa. Milano: McGraw-Hill, 2009: 4-16

- ❑ Semplice: poche variabili, poche relazioni in genere sequenziali.
- ❑ Facile: che si fa senza fatica, agevole, comprensibile, possibile.
- ❑ Difficile: che si fa con fatica.

L'aggettivo difficile o facile è molto dipendente dalla competenza della persona che giudica l'azione.

A questo punto si può affermare che la logica della complessità non è certo “una ricetta per riconoscere l'imprevisto, ma ci rende prudenti, attenti, non ci consente di addormentarci nell'apparente meccanicità e ovvietà dei determinismi”<sup>31</sup>, e che il pensiero complesso non rifiuta affatto la chiarezza, l'ordine, il determinismo: li ritiene semplicemente non sufficienti. Per Morin è necessario acquisire un metodo d'interpretazione della realtà che accetti l'inatteso e l'improbabile: la realtà appare così come un universo di significati multidimensionali. Egli sostiene che il pensiero complesso aspira alla conoscenza multidimensionale, ma è consapevole in partenza dell'impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l'impossibilità di conoscere il tutto.

---

<sup>31</sup> Morin E. La sfida della complessità. Milano: Feltrinelli, 1994.

Nel primary nursing M. Manthey definisce la complessità del caso clinico attraverso la valutazione di tre variabili:

- ❑ La prevedibilità degli esiti
- ❑ L'applicabilità di procedure e piani standard
- ❑ La reazione psicologica alla malattia e all'ospedalizzazione

**COMPETENZA**<sup>32</sup>: nel mondo professionale consiste nel saper dominare e risolvere una serie di situazioni proprie di una data funzione all'interno di un'organizzazione, apportandovi una risposta originale ed efficace, in interazione con le altre competenze presenti. Essenziale è la dimensione dell'originalità della risposta che implica la facoltà di fronteggiare un problema inedito e l'efficacia della soluzione trovata. La competenza è essenzialmente ciò che una persona dimostra di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione a un determinato obiettivo, compito o attività in un determinato ambito disciplinare o professionale. Il risultato dimostrato e osservabile di questo comportamento competente è la prestazione o la performance. Si può affermare che una persona è in possesso di una competenza

---

<sup>32</sup> Sasso L, Bagnasco A, Rocco G, Zappini L. Portfolio delle competenze delle professioni sanitarie. Milano: McGraw-Hill, 2012:20-2

quando dimostra di avere le capacità, l'abilità, e le conoscenze che le permettono di svolgere un lavoro, anche articolato, sapendosi districare in quella determinata situazione, attivando e mobilitando le proprie risorse.

La competenza è formata da più componenti:

- ❑ **Attitudine:** predisposizione, fattore personale, atteggiamenti, si trasforma in capacità se stimolata e aiutata;
- ❑ **Capacità:** dotazione personale che permette di eseguire una determinata prestazione. La capacità è l'espressione di un'attitudine che ha trovato condizioni esterne (contesto) e interne (motivazione) favorevoli al suo manifestarsi in comportamento. Le capacità sono di molteplice natura: comunicativa, intellettuale, manuale, ecc
- ❑ **Conoscenze:** patrimonio di sapere acquisito tramite lo studio e l'aggiornamento
- ❑ **Esperienza:** permette la maturazione delle conoscenze. Essa non si acquisisce solo con l'anzianità, ma piuttosto con la capacità di perfezionare le nozioni e la teoria acquisite coniugandole alle situazioni vissute.

- Motivazione: è la spinta interiore che ci permette di raggiungere certi obiettivi, di trasformare le attitudini in capacità.

Pertanto la competenza si realizza con il comportamento, si esplicita ed è influenzata dal contesto nel quale si esercita.

Schön afferma che l'essenza della competenza è la capacità di dialogare con il contesto come in una conversazione in cui, pur all'interno di una sistema di conoscenze (le parole) e di regole (turno, ritmo, modalità formali) che sono note, non tutto è prevedibile, ma l'efficienza e l'efficacia nelle interazioni sono mantenute attraverso una gestione continua di ciò che inaspettatamente accade.

Nel Primary Nursing<sup>33</sup> l'infermiere esperto è in grado di gestire casi in cui

- Gli esiti non sono prevedibili
- I programmi di assistenza non sono standardizzabili
- La reazione psicologia alla malattia e/o all'ospedalizzazione da parte dell'assistito o dei familiari mette in pericolo la loro capacità di affrontare la vita.

---

<sup>33</sup> <sup>33</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 52-55

**PROFESSIONISTA:** essere un professionista significa avere la capacità personale di esercitare una funzione con competenze specifiche, responsabilità e autonomia. Chiave di volta dell'essere professionista è la competenza, in quanto permette al professionista stesso di porsi in un atteggiamento proattivo rispetto alle situazioni di cura assumendosi la responsabilità delle proprie azioni.

**PIANIFICAZIONE:** l'OMS la definisce come l'applicazione razionale delle conoscenze umane all'assunzione delle decisioni che serviranno da fondamento all'azione dell'uomo: il suo intento principale consiste nello stabilire relazioni tra i mezzi e i fini, al fine di raggiungere i fini mediante l'impiego più efficace dei mezzi.

Consiste nell'inquadrare ogni attività ed ogni decisione nell'ambito ed in funzione degli obiettivi prefissati e delle risorse disponibili.

La pianificazione comprende:

1. L'acquisizione di dati inerenti tutte le componenti interne ed esterne la situazione presa in esame.
2. La previsione delle condizioni future in cui ci si troverà ad operare.
3. La definizione degli obiettivi che si vogliono raggiungere.



4. Lo sviluppo delle strategie da seguire.
5. La formulazione dei programmi d'azione.
6. L'assegnazione delle risorse.
7. La definizione delle modalità d'impiego delle risorse prescelte.
8. La predisposizione dei metodi e degli strumenti di controllo.

**CLINICA:** deriva da klinè = letto e klinikè = arte relativa a chi giace a letto.

In medicina la clinica è un'attività di risoluzione dei problemi, a partire da una raccolta di informazioni che rappresentano il nucleo di incognite/problemi di un determinato individuo.

La clinica ha come fine quello di comprendere i problemi individuati.

La clinica non ha contenuti propri, come le discipline scientifiche, ma si avvale di conoscenze che derivano da altri campi del sapere, scientifici ed umanistici.

La clinica è quindi: *Una metodologia applicativa che utilizza un sapere sistematico derivante da discipline diverse, finalizzate a risolvere i problemi di un individuo (idiografica= del singolo) in uno specifico contesto*

**INFORMAZIONI CLINICHE**<sup>34</sup>: sono le informazioni necessarie a erogare un'assistenza intelligente in assenza del PN, cioè quelle informazioni che non sono prontamente rilevabili da un semplice colpo d'occhio di un qualsiasi infermiere. Questo significa che l'infermiere primario non deve solo essere ben informato, ma deve essere anche in grado di riconoscere quali informazioni siano essenziali e quali no per gli altri. Le tipologie di informazioni importanti non sono definite a priori; sta ad ogni infermiere decidere in funzione del singolo paziente.

**ISTRUZIONI DI ASSISTENZA**<sup>35</sup> o prescrizioni infermieristiche: sono ordini specifici di intervento che l'infermiere scrive per se stesso e per i colleghi, l'obiettivo è di prevedere un'assistenza personalizzata.

Le prescrizioni infermieristiche non devono essere confuse con le azioni infermieristiche che sono degli interventi standard applicabili a un numero qualsiasi persone che presentano lo stesso problema.

---

<sup>34</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 44-7

<sup>35</sup> Manthey M. La pratica del Primary Nursing. Roma. Il pensiero Scientifico editore; 2008: 44-7

Per tradurre le azioni in prescrizioni occorre disporre di dati sull'assistito che consentano di rispondere a domande quali: cosa, quando, con quale frequenza, con quale durata, dove?

**LA DIMISSIONE**<sup>36</sup>: di un paziente (dall'ospedale al territorio, a domicilio o in altre strutture, ma anche il passaggio da un reparto all'altro) è un momento critico nel percorso di qualunque paziente perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia di interventi. E' un momento critico sia per il paziente sia per chi lo accoglie. La preparazione alla dimissione è responsabilità del medico e dell'infermiere, che devono dare al paziente e a chi lo assiste le informazioni necessarie per assumere le terapie, riconoscere le complicanze, affrontare (o evitare) i principali problemi. La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità infermieristica ma anche un diritto del paziente, che deve essere coinvolto e accompagnato.

**LA RELAZIONE**: è una delle condizioni fondamentali per un cambiamento costruttivo e significativo nel percorso di cura in un paziente, è la qualità della relazione che si instaura tra

---

<sup>36</sup>Saiani L, Palese A, Brugnolli A et al. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004,23:233-49.

l'infermiere e il paziente.

L'obiettivo fondamentale di questa relazione è quello di sviluppare il potenziale umano della persona e/o del gruppo familiare in modo tale da poter diventare protagonisti del percorso di consapevolezza e di gestione della propria cura.

Questo significa che all'interno della relazione la difficoltà maggiore consiste nella possibilità per l'infermiere di mettersi in prima linea come persona di fronte ad un'altra persona con l'unicità che ognuno porta con sé. La difficoltà della relazione, dunque, è data dall'intreccio del sapere, del saper fare e del saper essere<sup>37</sup>.

La possibilità di creare un clima di fiducia dipende soprattutto da quanto il paziente percepisce l'infermiere come persona degna di fiducia, sicura e congruente con le sue necessità.

"Alleanza terapeutica" e "alleanza di lavoro" sono le formule più usate in letteratura per indicare una dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente.

L'espressione "alleanza terapeutica" è stata usata per la prima

---

<sup>37</sup> ROGERS, C. R. (2007) *Counseling and psychotherapy*, Rogers Press, ISBN 978-14-0676-087-3

volta dalla psichiatra americana Clara Zetzel (1958) per descrivere la condivisione matura della realtà tra paziente e terapeuta nella situazione analitica.

Questi termini ben si addicono al rapporto tra infermiere Primary Nursing e paziente/famiglia poiché la pianificazione di un percorso di cura deve innanzitutto essere misurata, organizzata, gestita e valutata su obiettivi prestabiliti da entrambe le parti e di conseguenza l'alleanza che deve nascere da questo rapporto è basata sulla competenza e abilità della figura professionale e sulla fiducia e accettazione del cambiamento dall'altra.

**L' EDUCAZIONE TERAPEUTICA:** secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *“... consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare nelle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita”*.

L'educazione terapeutica è quindi designata all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di coping. Si tratta quindi di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria. È

incentrato sul paziente; comprende una consapevolezza organizzativa, l'informazione, l'apprendimento dell'autocura ed il supporto psicologico riguardo la malattia, i trattamenti prescritti, l'assistenza, l'ospedale e gli altri ambiti assistenziali, l'informazione organizzativa, i comportamenti legati alla salute ed alla malattia. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società. È essenziale per un'autogestione efficiente e per la qualità dell'assistenza di tutte le patologie croniche, anche se i pazienti acuti non devono essere esclusi dai suoi benefici. Il suo scopo è di aiutare i pazienti e le famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, a cooperare con gli operatori sanitari, a vivere in modo sano . L'educazione terapeutica del paziente è affidata ad operatori sanitari a loro volta formati sulla materia. Attraverso lo sviluppo di precise competenze comunicative ed educative il personale sanitario può contribuire a:

- Migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie.
- Incrementare il controllo delle condizioni cliniche dei malati ottenendo una riduzione delle complicanze.
- Promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza, migliorando la qualità del

servizio, contenendo la spesa ed ottimizzando i tempi di gestione dell'assistenza sanitaria.

Sviluppare un modello di organizzazione assistenziale centrato sul paziente e sulla cooperazione tra le varie figure sanitarie<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> CESPI, *Educazione terapeutica del paziente*, Edizione Italiana, 2007 1, 11-26