

Gli outcomes del nursing: strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica

Nursing outcomes : instruments for visualizing the effectiveness of nursing care

Francesco Germini¹ Ercole Vellone² Giulia Venturini³ Rosaria Alvaro⁴

RIASSUNTO

Esistono in letteratura diverse definizioni di esiti sensibili alle cure infermieristiche. Van Der Bruggen e Groen, li hanno definiti come un aspetto osservabile e misurabile dell'individuo, gruppo o popolazione che deve essere obiettivo per clinici e ricercatori e soggettivo per il paziente e la famiglia. Johnson e Maas, come stati, comportamenti o percezioni variabili del paziente, della famiglia o del caregiver conseguenti ad interventi assistenziali. Per l'International Classification for Nursing Practice (ICNP), l'outcome infermieristico è lo status di una diagnosi infermieristica dopo un intervento assistenziale. Nell'Iowa Outcome Project, in cui è stato elaborato il sistema Nursing Outcomes Classification (NOC) l'esito assistenziale è una condizione, comportamento o percezione misurabile della persona o della sua famiglia, concettualizzata come variabile sensibile alle cure infermieristiche. Gli esiti individuati dal sistema NOC sono focalizzati sull'individuo, sulla famiglia e sulla comunità, e si riferiscono a stati, comportamenti o percezioni. Gli elementi da considerare nella definizione degli outcome infermieristici sono quattro: aspetti specifici dell'assistenza infermieristica, la patologia, aspetti generali dell'assistenza, la tipologia di paziente. E' importante pensare quali sistemi di valutazione degli esiti possono essere più appropriati in Italia, dove il campo d'azione dell'infermiere ha dei confini sfumati, con funzioni che si fondono e si confondono con altre figure professionali. Studi sull'effettiva possibilità di applicare la tassonomia NOC in Italia potrebbero essere una base di partenza per la definizione o l'adattamento di un sistema di valutazione degli esiti che consenta realmente la visibilità oggettiva del contributo che la figura infermieristica offre nel miglioramento globale della persona assistita

Parole chiave: Studi sugli esiti, misurazione degli esiti, processo di nursing, ricerca infermieristica

ABSTRACT

Literature reports several definitions of outcomes sensitive to nursing care. Van Der Bruggen & Groen defined nursing outcomes as observable and measurable aspects in individuals, groups and population that should be objective for clinicians and researchers and subjective for patients and families. Johnson & Maas defined nursing outcomes as variable behaviors or perceptions of family or caregiver after the caring intervention. According to the International Classification for Nursing Practice (ICNP), nursing outcomes are the status of a nursing diagnosis after the intervention. In the Iowa Outcome Project, where Nursing Outcomes Classification (NOC) system has been elaborated, nursing outcome is a measurable condition, behavior or perception of the person or family conceptualized as sensitive variable to nursing care. Outcomes of NOC system are focused on individuals, families and community and refers to status, behavior or perceptions. Elements to be considered in nursing outcome definition are four: specific aspects of nursing care, the illness, general aspects of care, patient typology. It is important to identify which system for nursing evaluation outcomes are more suitable for Italy, where the field of action of nurses has faded edge with functions that mix and confuse with other professionals. Studies on the application of NOC taxonomy in Italy could be a starting point for defining and adapting an outcome evaluation system that will allow the objective visibility that nursing care gives to the global improvement of the cared person.

Key words: Outcome study, evaluation of outcome, nursing process, nursing research

INTRODUZIONE

Il cambiamento progressivo delle caratteristiche della popolazione, come ad esempio l'innalzamento dell'età media, l'aumento di alcune patologie croniche,

ecc., costringono i professionisti sanitari ad una revisione continua dei processi assistenziali posti in essere, volti al miglioramento continuo della qualità. L'innalzamento del livello culturale, inoltre, pone il cittadino in condizione di richiedere coscientemente un'assistenza quantitativamente e qualitativamente adeguata rispetto al passato, quando l'incompetenza dell'uomo comune nell'ambito della medicina portava lo stesso in una condizione di sudditanza, di totale sottomissione al medico ed ai professionisti sanitari in generale.

Gli effetti di questo cambiamento sono visibili: l'ap-

- 1 Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- 2 Ricercatore di Scienze Infermieristiche
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- 3 Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- 4 Professore Associato di Scienze Infermieristiche
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

plicazione dei principi di qualità sono fortemente raccomandati sia dalla normativa vigente che dalle direttive professionali, e la trasparenza nei processi è progressivamente applicata a tutti i livelli.

Non possiamo ignorare anche l'innalzamento progressivo dei costi in sanità e l'aumento di cause legali dovute alla malpractice, che evidenziamo come sia indispensabile utilizzare un sistema di registrazione dei dati del paziente secondo termini e definizioni standardizzate (Institute of Medicine, 2004); senza un sistema di classificazione gli infermieri non possono comunicare adeguatamente i problemi ed i fenomeni assistenziali in modo chiaro e preciso (Lunney, 2006), ed è dimostrato che la sua assenza produce un notevole ostacolo allo sviluppo della professione infermieristica (Moen et al., 1999).

L'evidente considerazione che scaturisce da questa breve analisi è che non è sufficiente documentare i processi, ma è fondamentale documentare gli esiti, per definire quanto gli interventi effettuati sono stati efficaci.

L'obiettivo del presente articolo è quello di offrire una revisione della letteratura sull'argomento che dimostri come gli outcome del nursing siano stati considerati nel tempo e come si siano evoluti, fornendo quindi una panoramica storica degli stessi.

Varie definizioni di esito sensibile all'assistenza infermieristica sono state enunciate da diversi autori, e riprese in questo articolo. In generale possiamo definire gli esiti sensibili alle cure infermieristiche come una variazione di condizione, di comportamento o di percezione della persona assistita direttamente correlata all'attività assistenziale.

Le prime esperienze di utilizzo di indicatori specifici risalgono alla guerra di Crimea, quando Florence Nightingale registrò e analizzò le condizioni dei soldati assistiti e gli esiti (comunemente definiti outcome in letteratura) assistenziali (Lang et al., 1990); oltre questa, non vi sono state ulteriori esperienze sistematiche, e comunque focalizzate sugli aspetti legati all'attività medica.

Negli anni '60 fu proposto il primo modello di valutazione delle attività sanitarie, basato sull'analisi e l'identificazione di indicatori specifici di struttura, processo ed esito (Donabedian, 1966); questo sistema di valutazione è stato poi progressivamente adottato in tutti gli ambiti sanitari, fino a diventare il sistema di riferimento per la valutazione della qualità dei servizi erogati. Il modello Donabedian ha conosciuto un progressivo sviluppo per la parte relativa all'analisi della struttura e del processo ma non un pari sviluppo per l'analisi e la valutazione degli esiti a causa anche della oggettiva complessità nell'identificazione degli esiti dell'assistenza sanitaria. Infatti, fino agli anni '80, venivano utilizzati come indicatori clinici di esito dell'assistenza sanitaria

elementi come la mortalità, la morbosità e la durata della degenza. E' evidente che la complessità nella valutazione è data dalla contemporanea partecipazione di più professionisti sanitari, che comporta interventi assistenziali erogati che contribuiscono in modo differente al raggiungimento degli esiti sperati.

Fra gli studi svolti nella valutazione degli outcome basati sul modello di Donabedian ricordiamo il MOS, Medical Outcomes Study, che prevedeva l'analisi di indicatori riferiti a categorie quali ad esempio gli aspetti clinici, lo stato funzionale (fisico, mentale, sociale, di ruolo), il benessere generale, la soddisfazione dell'utente (Tarlov et al., 1989): in questo studio, sono stati presi in esame indicatori più vicini alla pratica infermieristica, come appunto il benessere e lo stato funzionale.

LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DELL'ASSISTENZA

I primi studi di valutazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche risalgono agli anni '60, e hanno inteso indagare sulle variazioni fisiche e comportamentali dell'assistito (Aydelotte, 1962). Successivamente, ulteriori lavori hanno progressivamente sviluppato ulteriori indicatori utili per valutare l'effetto delle prestazioni assistenziali erogate (Lang et al., 1984; Sovie, 1989). Negli anni '70, altri studi sono stati effettuati, classificando gli outcome infermieristici in vario modo: nello studio di Hover et al. (1978) uno studio sono state identificate cinque categorie di indicatori, correlati alle conoscenze della persona assistita in funzione della malattia, delle terapie e dei farmaci, delle capacità di autocura, dei comportamenti e dello stato di salute. In un altro studio, sono stati identificati più di 300 indicatori suddivisi in due grandi categorie: "richieste universali" e "deviazioni dal modello normale di salute". Studi specifici hanno cercato di individuare indicatori in ambiti definiti, come ad esempio l'area riabilitativa, dove sono state individuate cinque categorie di indicatori: guarigione, autocura, riabilitazione, mantenimento, assistenza terminale (Daubert, 1979).

Negli anni '80, sono stati sviluppati altri due sistemi di classificazione degli esiti assistenziali. Uno, basato su sei categorie di indicatori, salute fisica, salute mentale, funzionalità sociale e fisica, elementi correlati alla conoscenza ed al comportamento, utilizzo di risorse sanitarie, percezione della qualità dell'assistenza (Lang et al., 1984); l'altro, basato su 15 categorie di indicatori: fisiologici, psicosociali, funzionali, comportamenti e conoscenze dell'assistito, controllo dei sintomi, benessere, raggiungimento degli obiettivi, sicurezza, gestione delle attività domestiche, soddisfazione, livello di assistenza, costi, ulteriori ricoveri in ospedale, risposta alla

diagnosi infermieristica (Marek, 1989). Negli anni '90, la ricerca di indicatori di esito dell'assistenza ha portato alla definizione di questi in aree specialistiche, come ad esempio l'area critica: idratazione, continenza, mobilità, ulcere da pressione, ulcerazioni delle mucose (McKormick, 1991).

Per definire gli esiti dell'assistenza, si è cercato di inquadrare gli stessi in modelli concettuali di riferimento, in modo da definire la rilevanza degli indicatori identificati ed il livello di correlazione fra questi e le caratteristiche del soggetto assistito. Fra i modelli sviluppati per l'applicazione in ambiente ospedaliero, un sistema inquadra gli esiti assistenziali in categorie come l'educazione dell'assistito e della sua famiglia, le capacità di autocura, la gestione dei sintomi, il livello di sicurezza dell'assistito ed il suo livello di soddisfazione (Gillette & Jenko, 1991); un altro ha preso in considerazione le condizioni fisiologiche e psicologiche, la conoscenza della propria salute ed il livello di soddisfazione (Brown, 1992); un altro ancora ha considerato lo stato funzionale, lo stato mentale, il livello di stress e di soddisfazione dell'assistito, i costi dell'assistenza (Nailor et al., 1991).

Nel 1999 Johnson e Maas, utilizzando un modello concettuale di ricerca degli esiti, hanno identificato vari tipi di esiti dell'assistenza: fattori legati al paziente (sesso, età, diagnosi, stato funzionale, ecc.); fattori legati al sistema (tipologia dell'organizzazione sanitaria, risorse umane e finanziarie, ecc.); fattori legati all'erogazione della prestazione (tipo di struttura erogatrice del servizio, livello di competenza tecnica, ecc.). Questi elementi sono in grado di influenzare l'effettivo raggiungimento degli esiti assistenziali e possono essere identificati più esiti intermedi, correlati a particolari diagnosi. L'applicazione delle Clinical Pathways richiede in genere indicatori specifici, comunemente legati all'organizzazione, e gli esiti sono definiti come obiettivi multidisciplinari del paziente, che possono essere raggiunti o non raggiunti. Esiti specifici si riferiscono al sistema, incluso gli eventi avversi, come errori medici, tasso di infezioni ospedaliere, tasso di incidenti fra il personale, incidenza di cadute nei pazienti e valutazione dell'efficienza dell'organizzazione (es. costi e produttività). Lo sviluppo degli esiti relativi alle singole discipline riflette lo sviluppo della disciplina stessa, in termini di conoscenza e di miglioramento degli standard professionali (Johnson et al., 1999).

ASPETTI CONCETTUALI DEGLI ESITI SENSIBILI ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'Infermieristica permette l'osservazione e la valutazione dei pazienti secondo una prospettiva specifica, altrimenti non disponibile, che va oltre la malattia per

includere quei problemi legati ai processi vitali (Delaney et al., 1995). Secondo Johnson et al., (1997), gli outcome assistenziali devono includere le conoscenze del paziente, i comportamenti, l'uso delle risorse, le capacità di gestione della casa. A questi, in una prospettiva più attuale e olistica, potremmo aggiungerne degli altri quali il benessere, la qualità della vita, la socializzazione, il rapporto armonioso con l'ambiente. E' evidente che questi aspetti sono fortemente influenzati dall'assistenza infermieristica e, in genere, non rientrano propriamente nella valutazione medica del paziente. Rispetto agli esiti dell'assistenza, è importante definire gli standard, sia in termini di definizione che di contenuto, al fine di una corretta valutazione delle performance (Hovenga, 1995).

Esistono molti problemi riguardo alla definizione di outcome infermieristico. Primo, è importante distinguere tra definizione concettuale, definizione contestuale, e definizione strutturale: la definizione concettuale è riferita al concetto di base su cui si poggia l'esito che si intende valutare; la definizione contestuale è riferita all'adattamento dell'esito considerato, all'ambiente in cui avviene la valutazione; la definizione strutturale si riferisce all'aspetto tassonomico. Secondo, è importante avere una classificazione degli esiti chiaramente definiti per problemi individuali, in modo da essere specificatamente riferiti alla persona, e quindi all'assistenza erogata (Van Der Bruggen et al., 1997).

Nella loro ricerca, Van Der Bruggen e Groen (1997) definirono una differenza tra gli esiti assistenziali "general", correlati con l'attività multidisciplinare e multi professionale, e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche, direttamente correlati con l'attività di nursing. Questa suddivisione degli esiti ottenne un alto livello di consenso da uno Studio Delphi eseguito dai suddetti autori. Da questo studio emerse anche una definizione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, considerati come "un aspetto, riferito all'individuo, gruppo o popolazione, misurato od osservato in un certo periodo, che deve essere obiettivo per clinici e ricercatori e soggettivo rispetto al paziente, o alla famiglia".

Johnson e Maas (1997) utilizzarono la seguente definizione concettuale: "gli esiti assistenziali sensibili alle cure infermieristiche sono degli stati, comportamenti o percezioni variabili del paziente, della famiglia o del caregiver conseguenti ad interventi assistenziali e concettualizzati ad un livello medio di astrazione".

La definizione di outcome infermieristico, secondo l'Iowa Outcome Project, è "condizione, comportamento o percezione misurabile della persona o della sua famiglia, concettualizzata come variabile e sensibile alle cure infermieristiche" (Moorhead et al., 2007).

Secondo l'International Classification for Nursing Practice (ICNP), l'outcome infermieristico è "lo status

di una diagnosi infermieristica dopo un intervento assistenziale" (ICN, 1998). In pratica, identifica l'outcome infermieristico come la variazione di una diagnosi infermieristica nel tempo.

Esempio:

Valutazione iniziale: sonno estremamente disturbato

Valutazione finale: sonno mediamente disturbato

Esito: miglioramento

Nello studio di Van Der Bruggen e Groen (1997), vi è una definizione contestuale di outcome del paziente, di outcome infermieristico e di outcome di un processo di cura multidisciplinare. In pratica viene definito l'outcome infermieristico come il risultato atteso e pianificato, o come uno status misurabile dopo un intervento assistenziale

E' molto importante distinguere i vari livelli di outcome riferiti al paziente. Johnson e Maas (1997) identificarono esiti correlati alla condizione, alla diagnosi, al sistema, alla disciplina specifica; in relazione al punto di vista che si adotta, si possono avere esiti correlati ad un singolo paziente, ad una problematica, ad un gruppo di riferimento o alla popolazione intera.

Nel modello proposto da Van Der Bruggen e Groen (1997), l'outcome è la diretta conseguenza di una serie di fattori quali ad esempio il nursing, l'influenza di altre discipline, dei fattori correlati con la famiglia, dei fattori ambientali, dell'organizzazione (tab. 1); questi fattori possono essere considerati come variabili che intervengono nel processo di cura del paziente.

Johnson e Maas (1997) sottolineano che elementi come l'età, il sesso, lo stato funzionale, la gravità della malattia, ecc. sono fattori che possono influenzare l'esito, in quanto presenti all'inizio del processo assistenziale, e quindi diventare fattori confondenti.

Diagnosi
Prognosi
Interventi
Fattori correlati ai familiari e caregivers
Fattori correlati alle altre discipline sanitarie
Struttura e processo dell'assistenza
Fattori Ambientali
Altri Fattori

Tab. 1 – Fattori che influiscono direttamente sugli esiti dell'assistenza secondo Van Der Bruggen e Groen (1997)

METODI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME INFERMIERISTICI

Ci sono ottime ragioni per valutare separatamente gli outcome infermieristici dagli outcome assistenziali in generale, per evidenziare la necessità di specifici interventi assistenziali (Zander, 1992), o la definizione puntuale della qualità dell'assistenza erogata. Secondo Idvall et al., (1997) sono quattro gli elementi da considerare nella definizione degli outcome infermieristici:

1. Aspetti specifici dell'assistenza infermieristica (es. l'applicazione delle diagnosi infermieristiche)
2. La patologia
3. Aspetti generali dell'assistenza, come l'U.O., il personale coinvolto, ecc.
4. La tipologia di paziente

La raccomandazione è di individuare solo indicatori di esito effettivamente misurabili, e determinare uno standard di riferimento.

In riferimento al fattore tempo nella valutazione degli outcome, alcuni autori presuppongono un monitoraggio continuo (Brennan, 1995), altri prevedono anche la possibilità di una valutazione periodica (Hovenga, 1995; Van Der Bruggen et al., 1997). Strumenti di valutazione degli outcome infermieristici possono essere di vario tipo; a mero titolo di esempio possiamo citare scale di valutazione come le ADL, l'indice di Karnofsky, l'SF-36, scale VAS, ecc.

Per la valutazione dei problemi assistenziali a livello individuale, il sistema OMAHA (Martin et al., 1993) e l'Home Health Care Classification (HHCC), (Saba et al., 1992) hanno un buon sistema di valutazione; ad esempio, il HHCC utilizza quattro set di variabili nel definire gli interventi e quindi gli esiti attesi: la diagnosi infermieristica, il livello di miglioramento atteso, l'intervento infermieristico e la modalità di attuazione; Ruland (1999), invece, sviluppò e testò in ambito geriatrico un sistema di valutazione basato sulle preferenze assistenziali degli anziani, sulle loro capacità di auto-cura e sul livello di soddisfazione raggiunto.

Il gruppo di ricerca dell'Università di Iowa ha sviluppato il sistema di classificazione NOC (Nursing Outcome Classification), utilizzando un approccio induttivo e deduttivo. In questo lavoro, gli esiti individuati ed i relativi indicatori sono stati dedotti dall'analisi della letteratura, dai manuali di infermieristica, dall'analisi di piani di cura, e da studi di ricerca che hanno coperto gran parte delle aree di specializzazione infermieristica. Inoltre, sono stati effettuati dei focus group che hanno ridefinito gli esiti seguendo la tecnica dell'analisi concettuale.

Gli esiti individuati dal sistema NOC sono focalizzati sull'individuo, sulla famiglia e sulla comunità, e si riferiscono a stati, comportamenti o percezioni. Ogni esito prevede un elenco di indicatori specifici, che

permettono la valutazione di tali stati, comportamenti o percezioni, sia come dichiarazione del soggetto valutato che come valutazione dell'infermiere. La tassonomia NOC è organizzata su una struttura gerarchica a tre livelli: 7 Domini, 31 Classi e 330 Esiti. La struttura gerarchica riflette il livello di astrazione degli esiti stessi, e la loro categorizzazione: i domini definiscono gli esiti ad un alto livello di astrazione; le classi definiscono gli esiti ad un livello di astrazione medio-alto. Ogni esito ha indicatori correlati con le rispettive scale di misura. Ogni esito quindi ha una specifica definizione, gli indicatori con una rating scale per la valutazione, ed una letteratura di riferimento. I domini individuati nella tassonomia NOC sono: salute funzionale, salute fisiologica, salute psicosociale, conoscenze e comportamenti relativi alla salute salute percepita, salute della famiglia salute della comunità (Moorhead et al., 2007).

La tassonomia NOC è complementare alle altre tassonomie molto conosciute, la NANDA International (North America Nursing Diagnosis Association) e la NIC (Nursing Intervention Classification) (Johnson et al., 2005).

Nel contesto italiano, pur avendo una buona traduzione della tassonomia NOC, non si possono ignorare i problemi derivanti dalla mancata validità di contenuto dei domini, classi ed esiti, e la mancata validazione degli indicatori specifici. Inoltre, a causa dell'inevitabile mix fra le professioni impegnate nell'erogazione delle cure, non si risolverebbero i problemi legati all'individuazione di specifiche attribuzioni dell'esito ad una figura professionale piuttosto che a un'altra.

Fra gli studi pubblicati sui NOC, possiamo citare uno Studio Delphi effettuato in Corea, il cui scopo era quello di identificare gli esiti secondo la tassonomia NOC, idonei per valutare l'assistenza erogata negli ospedali coreani (Lee, 2007). Sono stati coinvolti 230 infermieri in qualità di esperti, ed in tre valutazioni diverse hanno identificato gli esiti ritenuti sensibili nella loro realtà; i cinque esiti più significativi sono stati: *Parametri vitali*; *Conoscenze: Controllo delle infezioni*; *Controllo del dolore*; *Comportamenti volti alla sicurezza: Prevenzione delle Cadute*; *Gravità delle Infezioni*. Questi esiti sono stati quindi fortemente raccomandati per l'utilizzo finalizzato alla valutazione della qualità dell'assistenza in Corea. Uno studio pilota sulla validità dei NIC e dei NOC relativi alla diagnosi infermieristica "Eccessivo volume di liquidi" nei pazienti cardiopatici ha permesso di validarne l'effettiva appropriatezza ed utilizzazione in Brasile, con una valutazione effettuata da infermieri esperti operanti sul territorio (de Lima Lopes et al., 2009).

L'area relativa all'assistenza al paziente in area critica è stata anch'essa esplorata: uno studio effettuato su 434

pazienti (76 di terapia intensiva cardiocirurgia, 153 dell'unità trapianti cardiaci e 205 di area medica), condotto per 14 mesi, ha permesso di individuare, fra i 36 esiti NOC che sono stati utilizzati per più di 10 volte, i 16 che si sono dimostrati più significativi, con un'affidabilità superiore al 75%. Lo studio ha dimostrato che gli esiti NOC individuati permettono una descrizione accurata, fedele alla realtà, dell'efficacia degli interventi infermieristici (Behrenbeck et al., 2005).

Una indagine volta a definire la validità di contenuto degli esiti NOC definiti a livello di comunità è stata effettuata negli Stati Uniti. Sono stati individuati sei esiti di tipo comunitario, e su questi esiti è stato somministrato un questionario, invitando circa 300 infermieri a rispondere riguardo all'importanza dei loro indicatori, in merito alla definizione dell'esito stesso, e l'influenza che l'assistenza ha su questi indicatori. Lo studio ha dimostrato la validità di contenuto degli esiti presi in esame (Head et al., 2004). Un'altra indagine, identica alla precedente, ma rivolta all'assistenza agli anziani nelle residenze protette, ha prodotto identici risultati (Head et al., 2003).

Anche l'ambito pediatrico è stato oggetto di esplorazione: Uno studio pilota effettuato al fine di determinare differenze statisticamente significative negli esiti assistenziali NOC dal ricovero alla dimissione, relativi alla disidratazione, ha prodotto risultati significativi su sette esiti rispetto agli otto presi in esame (Scherb et al., 2007).

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto fino ad ora esposto, appare evidente che non è possibile continuare ancora ad erogare assistenza senza considerare la valutazione degli esiti. E' importante che questa nuova visione dell'assistenza cresca su basi scientifiche, senza attribuirsi esiti che non possono avere basi razionali concrete o solo in base a rivendicazioni o riconoscimenti che la professione mira ad ottenere (Palese et al., 2008), così come è importante pensare a quali sistemi di valutazione degli esiti possono essere più appropriati nella realtà professionale italiana, dove il campo d'azione dell'infermiere ha dei confini sfumati, con funzioni che si fondono e si confondono con altre figure professionali.

Studi sull'effettiva possibilità di applicare la tassonomia NOC in Italia, ricercando il consenso sugli esiti e sugli indicatori individuati, ed analizzando l'effettiva significatività in termini di variazioni dello stato di salute della persona, potrebbe essere una base di partenza per la definizione o l'adattamento di un sistema di valutazione degli esiti che consenta realmente la visibilità oggettiva del contributo che la figura infermieristica offre nel miglioramento globale della persona assistita.

BIBLIOGRAFIA

- Aydelotte, M. (1962). The use of patient welfare as a criterion measure. *Nursing Research*, 11, 10-14.
- Behrenbeck, J., Timm, J., Griebenow, L., & Demmer, K. (2005). Nursing Sensitive Outcome Reliability Testing in a Tertiary Care Setting. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16 (1), 14-20.
- Brennan, P. (1995). Patient satisfaction and Normative Decision Theory. *Journal of American Medical Informatics Association*, 2, 250-259.
- Brown, D. (1992). A conceptual framework for the evaluation of service quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 6, 66-74.
- Daubert, E. (1979). Patient classification and outcome criteria. *Nursing Outlook*, 27, 450-454.
- de Lima Lopes, J., Bottura Leite de Barros, A., & Michel, J. (2009). A Pilot Study to Validate the Priority Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification Outcomes for the Nursing Diagnosis "Excess Fluid Volume" in Cardiac Patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20 (2), 76-88.
- Delaney, C., & Moorhead, S. (1995). The nursing minimum data set standardized language, and health care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 10 (1), 16-30.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-206.
- Gillette, B., & Jenko, M. (1991). Major clinical functions: A unifying framework for measuring outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 6, 20-24.
- Head, B., Aquilino, M., Johnson, M., Reed, D., Maas, M., & Moorehead, S. (2004). Content Validity and Nursing Sensitivity of Community-Level Outcomes From the Nursing Outcomes Classification (NOC). *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 251-259.
- Head, B., Maas, M., & Johnson, M. (2003). Validity and Community-Health-Nursing Sensitivity of Six Outcomes for Community Health Nursing with Older Clients. *Public Health Nursing*, 20 (5), 385-398.
- Horn, B., & Swain, M. (1978). *Criterion measures of nursing care*. Hayattsville, MD: National Center for Health Services Research.
- Hovenga, E. (1995). Performance measurement. In M. Clinton, & D. Scheiwe, *Management in the Australian Healthcare Industry*. Pymple NSW: Harper Educational.
- Hover, J., & Zimmer, M. (1978). Nursing quality assurance: The Wisconsin system. *Nursing Outlook*, 26, 242-248.
- Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality Indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 6-17.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping Patient Safe*. Washington, DC: National Academy Press.
- Johnson, M., & Maas, M. (1997). *Nursing outcomes classification*. St. Louis: Mosby.
- Johnson, M., & Maas, M. (1999). Nursing-sensitive patient outcomes: Development and importance for use in assessing health care effectiveness. In E. Cohen, & V. DeBack, *The outcomes mandate: Case management in health care today*, 37-48. St. Louis: Mosby.
- Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. (2005). *Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi. Collegamenti NANDA, NIC, NOC*. Milano: Ambrosiana.
- Lang, N., & Clinton, J. (1984). Assessment of quality in nursing care. *Annual Review in Nursing Research*, 2, 135-163.
- Lang, N., & Marek, K. (1990). The classification of patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 6, 153-163.
- Lee, B. (2007). Identifying outcomes from the nursing outcomes classification as indicators of quality of care in Korea: A modified delphi study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1021-1028.
- Lunney, M. (2006). Helping nurse use NANDA, NOC and NIC. *Journal of Nursing Administration*, 36 (3), 118-125.
- Marek, K. (1989). Outcomes measurement in nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4, 1-9.
- Martin, K., & Scheet, N. (1993). Home Health Clients: Characteristics, Outcomes of care, and Nursing Interventions. *American Journal of Public Health*, 83, 1730-1734.
- McKormick, K. (1991). Future data needs for quality care monitoring, DRG considerations, reimbursement and outcome measurement. *Image*, 23, 29-32.
- Moen, A., Henry, S., & Warren, J. (1999). Representing Nursing Judgement in the Electronic Health Record. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (4), 990-997.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2007). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Nailor, M., Munro, B., & Brooten, D. (1991). Measuring the effectiveness of nursing practice. *Clinical Nurse Specialist*, 5, 210-215.
- Palese A., Beltrame, E.R., Bin, A., Borghi, G., Bottacin, M., Buchini, S, et al. (2008). *Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 27 (1), 33-42.
- Ruland, C. (1999). Decision support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes. *Journal of American Medical Informatic Association*, 6 (4): 304-12.
- Saba, V., & Zuckerman, A. (1992). A New Home Health Classification Method. *Caring*, 11 (10), 27-34.
- Scherb, C., Stevens, M., & Busman, C. (2007). Outcomes Related to Dehydration in the Pediatric Population. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (5), 376-382.
- Sovie, M. (1989). Clinical nursing practices and patient outcomes: evaluation, evolution, and revolution. *Nursing Economics*, 7, 79-85.
- Tarlov, A., Ware, J., Greenfield, S., Nelson, E., Perrin, E., & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association*, 262, 925-930.
- Van Der Bruggen, H., & Groen, M. (1997). Patient Outcome. Naar definiering en classificering van resultaten van verpleegkundige zorg. *Verpleegkunde*, 12 (2), 68-81.
- Zander, K. (1992). Quantifying, Managing, and Improving Quality, Part I: How CareMaps Link CQI to the Patient. *The New Definition*, 1 (2), 1-3.