



Laura D'Addio, Carlo Calamandrei

I Modelli Funzionali della Salute di Marjory Gordon: un'esperienza applicativa nella formazione infermieristica di base

La riflessione infermieristica ha uno dei suoi punti fermi nell'*approccio olistico e sistemico alla persona*. La teoria olistica ha avuto il merito di fornire nuove chiavi di interpretazione in molti ambiti del sapere: in particolare, nelle scienze sanitarie, l'olismo ha contribuito a superare il modello determinista fino a pochi decenni fa imperante (che ha dato luogo, per esempio, al modello bio-medico nella clinica), attribuendo importanza prioritaria alla *totalità dell'individuo* allo scopo di comprendere il comportamento delle parti integranti che lo compongono. Secondo tale prospettiva, il soggetto dell'assistenza infermieristica deve essere considerato come un *sistema aperto* che inter-scambia a sua volta col contesto¹.

Utilizzati in un secondo momento nell'ambito delle scienze umane, i modelli olistico e sistemico sono stati inizialmente elaborati soprattutto da fisici e biologi. In astronomia il sistemismo ha messo in crisi la visione meccanicistica delle leggi fisiche che regolano l'universo, interpretandolo come unità fondamentale: l'idea di una interconnessione unitaria della natura rappresenta una delle più importanti acquisizioni della fisica moderna. Come ricorda Fritjof Capra, l'unità di tutte le cose e di tutti gli eventi, recentemente riconosciuta dalla fisica moderna, era già presente nella filosofia orientale: "Studiando i vari modelli della fisica subatomica vedremo che essi esprimono ripetutamente, in modi diversi, la stessa intuizione: i costituenti della materia e i fenomeni fondamentali ai quali essi prendono parte sono tutti in rapporto reciproco, interconnessi e interdipendenti; non possono essere compresi come entità isolate, ma solo come parti integrate del tutto"².

Nella vita ordinaria non siamo consapevoli di questa unità totale, al contrario siamo soliti dividere il mondo in oggetti, eventi, esperienze separati fra loro. Tuttavia, nell'approccio ai proble-

mi di salute, la consapevolezza di questa *unicità di fondo* offre agli operatori sanitari un'efficace chiave di lettura per comprendere a pieno l'individuo nei suoi comportamenti e nelle sue esperienze. A questo proposito, le medicine non convenzionali, comprese quelle di più antica tradizione come quella cinese, hanno molto da offrire in termini di rappresentazione dell'universo-uomo³.

Secondo alcuni autori questa unità fondamentale assume la struttura di una rete gerarchica complessa di sistemi definita *olarchia*⁴: in questo concetto si riconoscono gli interpreti degli approcci più significativi nell'ambito delle teorie sistemiche, dagli anni Venti ad oggi, a cominciare dagli studi di Von Bertalanffy e Smuts. L'olarchia considera ogni essere o organizzazione (cellula, essere umano, famiglia, etnia) come un sistema, cioè un insieme composto di parti integranti, in relazione con contesti più ampi che costituiscono, a loro volta, dei sistemi: in pratica, particelle elementari si combinerebbero a formare in successione atomi, poi molecole, cellule, tessuti e organi, organismi a coscienza autoriflessiva, in una sequenza tale da includere livelli crescenti di organizzazione olarchica in cui i sistemi di un

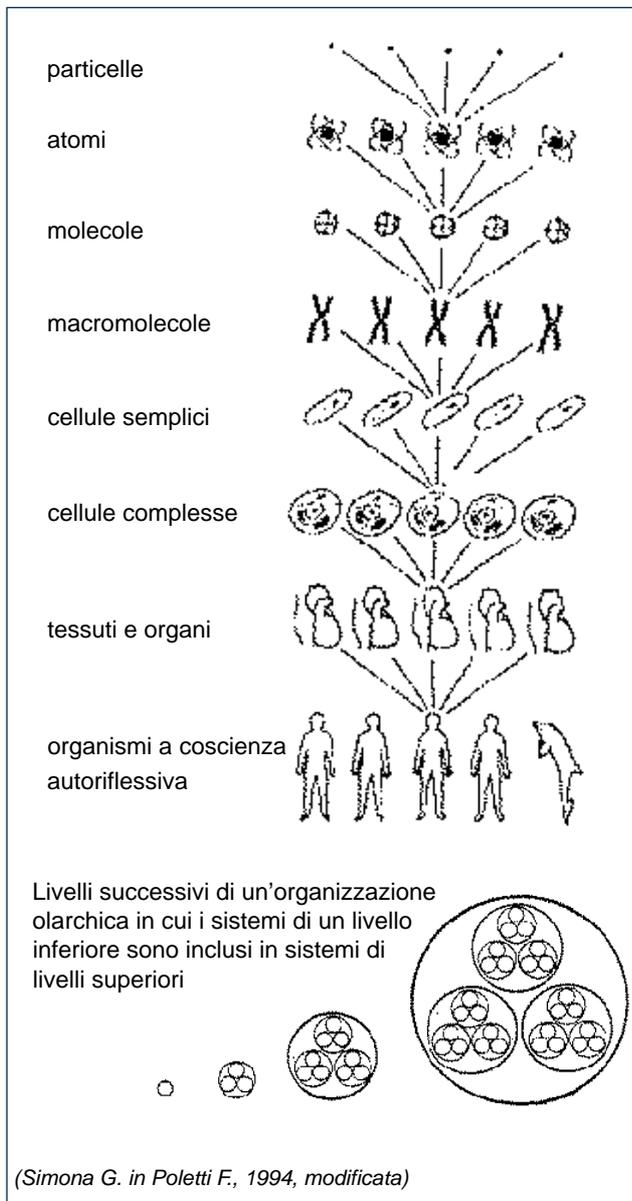
L. D'Addio

DAI, Docente in Scienze Infermieristiche, corso integrato di Metodologia Inferm. Applicata, DUI Firenze

C. Calamandrei

DAI, Docente in Scienze Infermieristiche, corso integrato di Inferm. Generale e Teoria del Nursing, DUI Firenze.
Coordinamento Servizi Infermieristici
Az. Osp. Careggi, Firenze

Figura 1. Modello di sistema olarchico



livello inferiore sono inclusi in sistemi di livelli superiori (Fig. 1).

Anche altri ambiti del sapere hanno accolto questa visione: in sociologia, la concezione micro-macro⁵, così come la teoria di rete⁶, ci riportano ad una matrice di fondo comune che sembra attraversare il pensiero moderno e postmoderno. Elemento tipico del sistemismo è lo sviluppo trasversale/orizzontale e non solo verticale delle relazioni: i livelli di complessità possono trovare equivalenti in reti che si intrecciano in reticolati sempre più ampi, fino a comprendere l'intera società. L'immagine della rete spiega i legami esistenti tra individui o tra individui e unità sociale, tra organizzazioni e società, e così via (Fig.2).

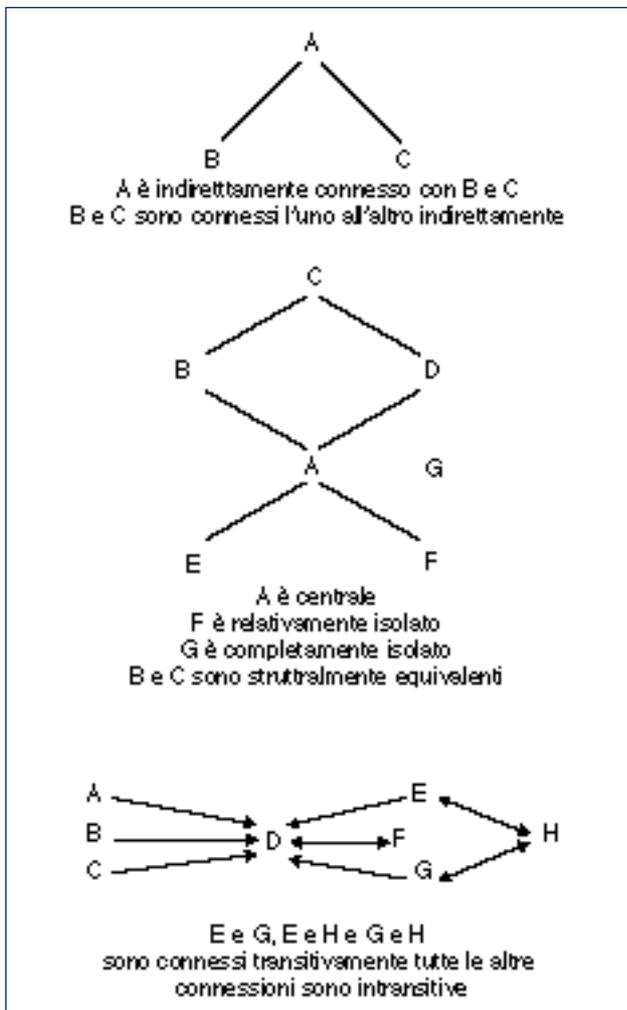
La conseguenza logica che interessa in questa sede è data dalla collocazione degli individui nelle reti,

che influenza il modo di comportarsi, pensare e sentire: "Il tipo di rete in cui l'individuo è inserito e la particolare posizione che egli occupa al suo interno sono fattori che influenzano il modo in cui quell'individuo agisce e pensa"⁷.

La concezione olarchica - che afferma la relazione e l'interdipendenza tra gli esseri viventi nel cosmo - si fonda su concetti quali l'*interdipendenza complessa*, l'*inseparabilità*, l'*unità nella diversità*, l'*interazione continua tra vita interiore e mondo esteriore*. La vita di ogni sistema sarebbe caratterizzata da due processi integrati di interazione continua: da una parte il processo di *differenziazione*, che permetterebbe la manifestazione e lo sviluppo dell'autonomia del sistema (aspetto *egologico*), dall'altro il processo di *integrazione*, visto come partecipazione del sistema alla vita degli insiemi che lo includono (aspetto *ecologico*). Lo sviluppo dell'autonomia di ogni singola parte favorirebbe anche quello dell'insieme⁸.

Questa visione è di *profondo interesse per l'infermieristica*, perché fornisce una *cornice di riferimento ad alcune teorie infermieristiche di più recente formulazione*, che risultano così collegate ed integrate con orientamenti e principi più generali.

Nell'assistenza infermieristica, l'interpretazione sistemica ed olistica della persona e dei suoi rapporti interni ed esterni innova radicalmente, tra l'altro, l'opera di informazione e di educazione dell'infermiere al cliente e alla sua famiglia: determinate pratiche di salute, infatti, possono essere spiegate non solo in quanto derivate dalle conoscenze del singolo (sui principi di una dieta equilibrata, sui tipi di prodotti da preferire per la cura della cute, ecc.) o subordinate al possesso delle corrispondenti abilità (per una corretta pulizia dei denti, detersione dei genitali, ecc.), ma soprattutto come direttamente dipendenti dalle abitudini di vita della persona, modellate e consolidate dalle sue esperienze. Si incrina quindi l'antico caposaldo - che leggeva lo sviluppo della persona, come evoluzione progressiva e gerarchica, secondo un percorso cumulativo di acquisizioni sempre più ampie e complesse - sostituito dal concetto di *modello*, inteso come organizzazione di comportamenti ripetuti, che riunisce oggettività e soggettività dell'apprendere. Come si spiegano i processi di apprendimento dell'individuo nell'arco della sua intera esistenza? Secondo la teoria sistemica, l'individuo, come ogni sistema, è soggetto a una serie di regole corrispondenti al suo livello evolutivo, ma dispone nel contempo anche di un certo grado di libertà, che consente di operare variazioni e di conseguire nuove conoscenze. Tali regole (biologiche, genetiche, culturali) derivano da abitudini o esperienze ripetute⁹, rapportabili al singolo individuo (regime alimentare della famiglia di origine, abitudini

Figura 2. Modello di rete di legami (da Collins R. 1992)

di eliminazione intestinale) così come alle leggi universali che muovono il cosmo. Questo concetto è esemplificato nell'immagine del *campo morfogenetico* (Fig. 3), secondo il quale le abitudini, così come le leggi universali, sarebbero il risultato della continua ripetizione di certe esperienze fatte dalla materia durante la sua evoluzione: "l'esperienza scava canali e valli sviluppando progressivamente una propensione alla ripetizione di uno schema di attività. Si tratta quindi di una propensione complessa e non di un determinismo. L'esistenza dei campi implica che noi partecipiamo, a tutti i livelli della nostra esistenza, alla riproduzione e trasformazione della realtà. I nostri stati di animo, la conoscenza, i pensieri, le parole, le azioni si diffondono e influenzano costantemente mediante gli altri esseri viventi mediante i campi"¹⁰.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, la *permeabilità dell'individuo a nuove acquisizioni* - che si dispiega parallelamente alla propensione a ripetere gli schemi abituali di comportamento - enfatizza la necessità di una *personalizzazione dell'educazione* alla salute, come condizione necessaria alla sua stessa

e efficacia. Diversamente, infatti, l'intervento, in quanto estraneo al modello abituale della persona coinvolta, non raggiungerebbe lo scopo: ad esempio, la proposta di un nuovo regime alimentare, o meglio di un nuovo modello di alimentazione, deve modificare progressivamente (mediante l'informazione e la motivazione del cliente) le abitudini della persona, svincolandola dalla ripetizione dello schema abituale.

La contemporanea variazione di abitudini da parte di gruppi omogenei di individui provoca, per esempio, modificazioni culturali: un fenomeno del genere è attualmente riscontrabile nel campo dell'alimentazione, con la tendenza diffusa a diete più equilibrate (vedi la riscoperta e valorizzazione della cucina mediterranea), che sarebbe riduttivo considerare come una moda. Per l'ottica assistenziale, è utile riconoscere e considerare che le memorie dell'individuo lavorano in lui: le memorie individuali e collettive stanno alla base del sapere di ciascuno, sono i fondamenti dei modelli che il singolo segue nelle pratiche di salute quotidiane. Françoise Loux sostiene in proposito che lo studio della puericultura "ci illumina su un insieme di comportamenti e di pratiche tradizionali, nei confronti di tutto il corpo e della malattia in generale. Il modo in cui si mette il bambino a letto, lo si culla, lo si copre, lo si allatta, il ritmo gestuale che gli è imposto e che gli si permette di seguire, l'atteggiamento che si adotta nei confronti della sua bua segnano in effetti nel profondo il suo atteggiamento futuro nei confronti della malattia, del modo di utilizzo del suo corpo, tanto più che questa trasmissione è e rimane inconsciamente radicata nel suo essere"¹¹. L'infermiere dovrebbe riflettere sull'importanza di valorizzare il sapere dell'assistito nei suoi aspetti positivi, aiutandolo nel contempo a liberarsi da automatismi, da consuetudini, da abitudini individuali e collettive che invece lo limitano.

Quanto detto finora consente l'esposizione della tipologia dei *modelli funzionali della salute* di Marjory Gordon, che costituisce una particolare visione di quei comportamenti del sistema uomo, in interazione con altri sistemi, che influiscono sulla salute. Essa rappresenta *una delle classificazioni più conosciute dei fenomeni che riguardano la professione infermieristica*.

I modelli funzionali di M. Gordon

Prima di illustrare la classificazione di Marjory Gordon, è bene accennare all'importanza e al significato delle classificazioni scientifiche. Quando si parla di teoretica infermieristica non si fa riferimento solo alle vere e proprie "teorie" che, unitamente ai modelli concettuali, esprimono una visione di tale disciplina, il più delle volte a partire dalla definizione dei suoi concetti centrali (persona, salute, ambiente, assistenza infermieristica). Un'altra componente della rifles-

sione scientifica è rappresentata infatti dall'elaborazione di classificazioni, che si accompagna allo sviluppo di concetti e, appunto, di teorie.

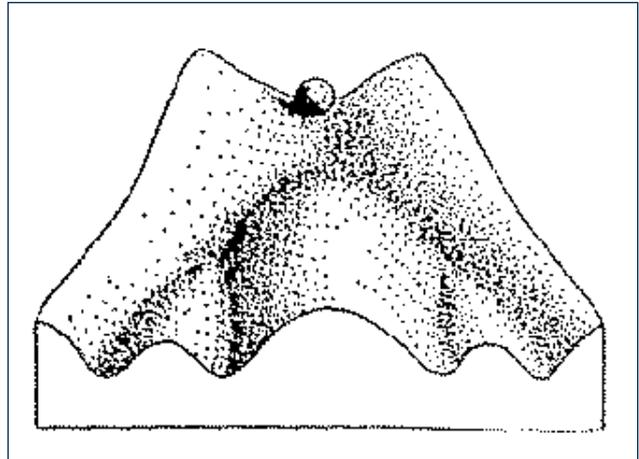
Come nella principale disciplina alleata dell'infermieristica - la disciplina medica - molte classificazioni sono ormai consolidate e standardizzate (si pensi, per esempio, alle classificazioni delle cause di morte, delle infezioni nosocomiali o delle malattie ereditarie e, soprattutto, alla classificazione internazionale delle malattie a cura dell'O.M.S), anche in campo infermieristico si è sviluppato da alcuni decenni l'impegno nella classificazione di una serie di fenomeni: in particolare delle diagnosi, degli obiettivi e degli interventi. Ad esse stanno lavorando vari autori e organismi nazionali e internazionali¹². Lo studio di queste classificazioni può dare un grande contributo alla *chiarificazione del campo di azione dell'infermiere* e alla *definizione di un linguaggio specifico* per questa professione, un linguaggio che non può coincidere interamente con quello delle scienze mediche. I vantaggi possono essere rilevanti: per esempio, nell'accertamento dello stato del cliente un'adeguata classificazione dei fenomeni clinici di interesse infermieristico può indirizzare nella *raccolta della giusta quantità e qualità dei dati*, poiché è importante che questi siano, al tempo stesso, completi e pertinenti.

Oggetto principale di questo articolo è una delle classificazioni delle diagnosi infermieristiche più note ed apprezzate a livello internazionale, la *tipologia dei modelli funzionali* della salute: ne saranno esaminate le caratteristiche salienti e l'utilizzazione in un'esperienza formativa. Si tratta di una struttura concettuale che è stata elaborata da Marjory Gordon per conseguire diversi scopi, tra i quali:

- organizzare le conoscenze cliniche dell'infermiere, ad esempio per la costruzione di curricula formativi;
- costruire strumenti per la raccolta dei dati di pertinenza infermieristica¹³;
- classificare le diagnosi infermieristiche, cioè i fenomeni di salute che l'infermiere affronta e tratta in maniera sostanzialmente indipendente, assumendosi le responsabilità che ciò comporta¹⁴.

Nell'esperienza formativa qui illustrata non ci si è limitati all'applicazione di questi concetti, ritenuti di validità e utilità universali a prescindere dal contesto di provenienza, ma si è adottato il *modello bifocale dell'attività clinica* di Lynda Juall Carpenito. Secondo tale concezione, l'infermiere si occupa sia di diagnosi infermieristiche sia di *problemi collaborativi*, cioè da gestire in stretta interdipendenza con la professione medica (ed altre eventuali). L'autrice definisce i *problemi collaborativi* come "... *certe complicanze che gli infermieri controllano per individuarne la causa o una modificazione. Gli infermieri gestiscono i*

Figura 3. Campo morfogenetico (da Simona, 1994)



problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica volti a ridurre al minimo le complicazioni di determinati eventi"¹⁵.

La tipologia di Gordon ha carattere olistico e si applica alla persona assistita (o al gruppo o alla collettività) a prescindere dal contesto in cui si richiede assistenza infermieristica, dalla sua età e dal punto in cui si trova lungo il continuum salute-malattia. "Tutti gli esseri umani hanno in comune certi modelli funzionali che contribuiscono alla loro salute, qualità della vita e realizzazione del potenziale umano. Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico. La descrizione e la valutazione dei modelli di salute permette all'infermiere di identificare i modelli che sono funzionali (punti di forza del cliente) e quelli che sono disfunzionali (diagnosi infermieristiche)"¹⁶.

Per comprendere appieno il significato della tipologia è opportuno esaminare ciascuno dei termini che compongono il suo titolo.

Modello. In questo caso indica una serie di comportamenti che si ripetono nel tempo. Consapevoli e volontari o meno, tali comportamenti riguardano l'alimentazione, il riposo, l'eliminazione, l'attività cognitiva, l'autostima e molti altri aspetti della vita umana. Aiuta a capire il concetto di modello un esempio citato da Gordon in un suo testo: una donna ricoverata in ospedale ha una discussione con il marito. L'episodio di per sé non indica un modello comportamentale; anzi, qualora rimanga isolato, non lo è proprio. Se però, disponendo di maggiori informazioni, gli infermieri apprendono che vi è qualche problema nei rapporti di coppia, devono sospettare che il *modello di ruolo-relazioni* (uno degli undici modelli della tipologia) possa essere disfunzionale. Lo potranno dichiarare tale solo se da un ulteriore e approfondito accertamento infermieristico risulterà che la signora ha problemi relazionali anche con i

figli, o i colleghi, o altre persone. In altre parole, un "modello" come tale non è immediatamente percepibile, ma si può indagare su di esso fino ad arrivare a una visione complessiva dei comportamenti che la persona mette in atto, per esempio, in rapporto ai ruoli-relazioni. Altri esempi di modelli nel senso qui indicato sono rappresentati dalle abitudini alimentari, intestinali e relative al sonno della persona.

I modelli definiti da Gordon sono undici e vanno sempre considerati e analizzati non come entità separate, ma tenendo conto dei loro collegamenti nell'unicità e complessità della persona. Per esempio, vi possono essere disturbi che rendono disfunzionale il *modello della percezione di sé - concetto di sé* correlati a problemi nell'area del *modello di attività - esercizio fisico*, come l'immobilità o la presenza di limitazioni del movimento.

Infine, vanno tenuti presenti non solo i modelli attuali di una persona, ma anche quelli passati. Per esempio, se una persona deve oggi far fronte (*coping*) a una nuova e grave situazione di salute, il suo adattamento a essa è probabilmente più facile se in passato ha mostrato più volte un coping efficace. In questo caso siamo nell'ambito del *modello di coping - tolleranza allo stress*.

Funzionale. In questo contesto si prende in esame la funzionalità a livello biologico (adeguatezza o meno della respirazione, della circolazione ecc. legata allo stato di cellule, organi e sistemi), ma non ci si limita ad essa. Per esempio, il *modello di attività - esercizio fisico* può essere alterato, ossia disfunzionale, per problemi a tale livello (supponiamo, respiratori), ma anche per fattori psichici (come l'apatia o la depressione) o per uno stile di vita non idoneo alla tutela di questo aspetto della salute (come la vita sedentaria). È dunque in gioco una *funzionalità umana* complessiva.

Un modello funzionale può divenire *disfunzionale* (e perciò costituire un problema, identificabile con una diagnosi infermieristica) se la persona mette in atto una serie di comportamenti che influiscono negativamente sulla sua funzionalità o sulla sua salute generale. Naturalmente un comportamento può migliorare la funzionalità, anzi questo è proprio lo scopo di molti interventi infermieristici.

Salute. Intesa in termini corrispondenti alla tipologia di Gordon, cioè in senso funzionale, la salute è *uno stato in cui la persona è come desidera essere ed è in grado di fare quello che desidera fare, avendo la libertà e l'autonomia necessarie per partecipare alle cose del mondo e per occuparsi delle proprie*.

Se consideriamo i modelli in rapporto alla salute o alla malattia, possiamo affermare con una prima approssimazione, che essi sono spesso disfunzionali in caso di malattia (la quale può alterare il modello di eliminazione, il modello della percezione di sé e così via) e mentre risultano funzionali in condizioni di

buona salute, ma la relazione non è così meccanica. Il modello di *percezione della salute - gestione della salute*, per esempio, può essere alterato nella persona sana da inadeguate abitudini alimentari o dall'abitudine al fumo. In questo caso sono opportuni interventi infermieristici promozionali e preventivi come, ad esempio, l'educazione alla salute. D'altra parte, la malattia o la disabilità possono addirittura rafforzare la funzionalità di certi modelli, come quello di *valori - convinzioni*. Vi sono infatti persone che, in presenza di eventi importanti relativi alla loro salute, si pongono più di prima interrogativi sul senso della sofferenza e della vita e giungono a uno stato di maggiore serenità, consapevolezza e forza (anche se, di solito, non esente da contraddizioni e momenti di paura o di vera e propria disperazione).

I modelli funzionali di Gordon nell'insegnamento dell'assistenza di base nel corso DUI Firenze

Con questo contributo si è voluto evidenziare, seppur con estrema sinteticità, come l'infermieristica debba confrontarsi con i saperi in evoluzione e con diversi approcci alla persona, rifiutando l'idea che la medicina e la clinica possano essere i soli approfondimenti necessari per la preparazione infermieristica. La sperimentazione in atto nel corso DUI dell'Università degli Studi di Firenze intende valorizzare il concetto di *modello funzionale*. Stiamo riflettendo, infatti, se e quanto l'affermatissimo concetto di *bisogno*, formulato tra gli altri da Abraham Maslow in strutturazione gerarchica, ripreso poi da Virginia Henderson in ambito infermieristico, possa restringere l'olismo della persona a una visione tendenzialmente astratta, col rischio di una riduttività. I bisogni fondamentali formulati da Henderson permettono di focalizzare la matrice che accomuna gli esseri umani in termini di similarità, ma potrebbero oggi appiattire l'unicità della persona: se è vero che i bisogni sono comuni a tutti gli individui, è altrettanto inconfutabile che il modo di soddisfarli varia da soggetto a soggetto, secondo modelli acquisiti in relazione al proprio percorso/contexto/abitudini, come è stato sinteticamente illustrato nella prima parte di questo contributo.

Per facilitare una condivisione di tali riflessioni, proponiamo qui di seguito alcune citazioni dal programma del Corso Integrato di *Metodologia infermieristica applicata* (I anno - II semestre), relativamente ad un modello funzionale di Gordon (modello di riposo-sonno), unitamente ad un lavoro prodotto da studenti del medesimo corso, così da permettere una comprensione, seppur sommaria, del processo in atto per un insegnamento delle scienze infermieristiche.

Per consentire la comprensione del progetto formativo generale, è opportuno precisare le traiettorie di fondo su cui si innesta questa programmazione:

Tabella I. I modelli funzionali di M. Gordon.

I modelli funzionali della salute degli utenti (persone, famiglie, collettività) prendono origine dall'interazione persona-ambiente: ogni modello è l'espressione di un'interazione biopsicosociale. Nessun modello può essere compreso senza conoscere gli altri modelli funzionali. Questi sono influenzati da fattori biologici, culturali, sociali, da fattori inerenti allo sviluppo e da fattori spirituali. I modelli funzionali della salute sono legati a malattie e possono portare a malattie. Giudicare nel singolo caso se un modello è funzionale o disfunzionale è un'operazione che si compie confrontando i dati raccolti con uno o più dei seguenti fattori: informazioni di base sulla persona, norme relative al gruppo di età, norme culturali, sociali o di altro tipo. Un particolare modello deve essere valutato nel contesto degli altri modelli e del suo contributo alla funzionalità ottimale complessiva di quel particolare utente.

Modello di percezione-gestione della salute

Descrive il modello di salute e di benessere così com'è percepito dalla persona, e il modo in cui questa gestisce la propria salute. Il modello include la percezione della salute da parte della persona e la sua rilevanza per le attività di quel momento e la pianificazione futura. Comprende anche i comportamenti generali della persona nei riguardi della salute, per esempio la sua adesione a pratiche di prevenzione riguardanti la salute mentale e fisica, alle prescrizioni mediche e infermieristiche, a controlli sanitari.

Modello nutrizionale-metabolico

Descrive il modello di assunzione di cibi e bevande cui la persona si attiene, in rapporto al suo fabbisogno metabolico e agli indicatori organici di adeguatezza della nutrizione. Include le abitudini alimentari della persona, le ore in cui consuma i pasti, il tipo e la quantità di cibi e bevande che consuma, le sue preferenze in questo campo, l'uso o meno di integratori nutritivi o vitaminici. Il modello comprende anche i dati riguardanti eventuali lesioni cutanee e la relativa capacità di cicatrizzazione. Vi sono infine comprese: le condizioni della pelle, dei capelli, delle unghie, delle mucose, dei denti e la misura della temperatura corporea, dell'altezza e del peso.

Modello di eliminazione

Descrive i modelli di funzione escretoria (intestinale, urinaria e cutanea). Include: le percezioni della persona circa la regolarità della funzione escretoria; le abitudini intestinali e l'eventuale uso di lassativi; eventuali cambiamenti o disturbi relativi al tempo, alle modalità, alla qualità o alla quantità delle evacuazioni. Comprende anche gli eventuali ausili ai quali la persona fa ricorso per il controllo dell'eliminazione.

Modello di attività - esercizio fisico

Descrive il modello di attività, esercizio fisico, tempo libero e svago. Include le attività della vita giornaliera che richiedono dispendio di energia, come cucinare, fare la spesa, mangiare, lavorare, provvedere all'igiene personale e alla manutenzione della casa. Vi sono compresi il tipo, la quantità e la qualità dell'esercizio fisico (sport inclusi), elementi che descrivono il modello di attività tipico della persona. Comprende anche i fattori che interferiscono con il modello atteso o desiderato per una data persona (ad esempio deficit neuromuscolari, dispnea, angina, ecc). Come già accennato, rientrano in questa area i modelli legati al tempo libero, i quali descrivono le attività che la persona intraprende, i suoi passatempi individuali e di gruppo: l'accento è posto sulle attività che rivestono per essa una grande importanza o un grande significato

Modello di riposo - sonno

Descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento. Include, in primo luogo, le abitudini in rapporto ai periodi di sonno e di riposo-rilassamento nell'arco delle 24 ore. Comprende anche la percezione che la persona ha della quantità e qualità di sonno e di riposo e del suo livello di energia. Vi sono inclusi, infine, le abitudini notturne e gli eventuali ausili che la persona utilizza per dormire, ad esempio farmaci.

Modello cognitivo - percettivo

Descrive il modello sensoriale-percettivo e cognitivo. Include il grado di adeguatezza dei sensi (vista, udito, tatto, gusto ed olfatto) e le compensazioni o le protesi utilizzate in presenza di disturbi. Quando è il caso, rientra in questo modello ciò che la persona riferisce circa il dolore e il modo in cui lo gestisce. Vi sono incluse anche le capacità funzionali cognitive, quali linguaggio, memoria e capacità decisionale.

Modello di percezione di sé - concetto di sé

Descrive il modello del concetto di sé e le percezioni che si hanno in rapporto a se stessi. Comprende gli atteggiamenti della persona nei propri confronti, la percezione che essa ha delle proprie capacità (cognitive, affettive e fisiche), della propria immagine corporea, della propria identità, del senso generale del proprio valore e il suo modello emozionale generale. Include inoltre i modelli relativi al movimento e alla postura, al contatto visivo, alla voce e al modo di parlare.

Modello di ruolo - relazione

Descrive il modello degli impegni legati ai ruoli e delle relazioni con gli altri. Include la percezione che la persona ha dei suoi ruoli e delle sue responsabilità principali nella situazione di vita attuale. Sono compresi in questo modello gratificazioni e problemi in famiglia, nel lavoro e nelle relazioni sociali, con le responsabilità correlate a tali ruoli.

Modello di sessualità - riproduzione

Descrive i modelli di soddisfazione o di insoddisfazione sessuale; descrive il modello riproduttivo. Include la percezione che la persona ha della soddisfazione o degli eventuali disturbi riguardanti la sfera della sessualità. Comprende anche lo stadio riproduttivo della donna (pre e post-menopausa) e, in rapporto ad esso, gli eventuali problemi percepiti.

Modello di adattamento - tolleranza allo stress

Descrive il modello generale di adattamento e la sua efficacia in termini di tolleranza allo stress. Include: le riserve energetiche individuali e la capacità di resistere alle sfide all'integrità del sé; le modalità che la persona adotta per affrontare gli stress; i sistemi di sostegno della persona (familiari o di altro tipo); la percezione che ha la persona della propria capacità di controllare e gestire le situazioni.

Modello di valori - convinzioni

Descrive i modelli di valori, obiettivi e convinzioni (incluse quelle spirituali), che guidano le scelte e le decisioni. Comprende ciò che la persona percepisce come importante nella vita, in particolare convinzioni, aspettative ed eventuali conflitti di valori, che sono correlati alla salute.

Fonte: Gordon, 1992.

- la trattazione di ogni modello prevede una *review* circa le acquisizioni derivanti dalla ricerca e da sperimentazioni mirate. I manuali sono fonte di studio soprattutto per l'aspetto metodologico, ma circa le conoscenze mirate necessarie si rimanda ad una bibliografia più aggiornata ed immediata. In questo senso non è più solo la clinica a farla da padrona, ma la discussione si amplia fino alle medicine non convenzionali per gli approcci terapeutici, oppure al contributo delle *medical humanities*: con questo si vuol far riferimento all'evidenza scientifica, ma anche ai saperi diversi che integrano la conoscenza umana. Il modello di infermiere a cui mira la formazione di questo corso DUI è un professionista attento alla dimensione biopsicosociale della persona¹⁷: si spiegano così argomenti quali *Benessere e riposo-sonno, oppure Fase onirica ed effetto ristoratore del sonno notturno* (incluso in *Il ciclo REM*).
 - nell'ambito della formazione per l'assistenza di base (Corso Integrato di *Metodologia infermieristica applicata*), ferma restando la prospettiva dell'assistenza globale, l'insegnamento mira a fornire i principi e le abilità necessarie per pianificare non l'intera assistenza richiesta dalla persona (obiettivo non raggiungibile al I anno), bensì quella necessaria in relazione a singole diagnosi, costituendo il repertorio di pianificazioni standard utilizzabili nell'attività infermieristica di base: facendo alcuni esempi, *Deficit nella cura di sé (alimentarsi) correlata ad arto dx non funzionale secondario a ictus, Compromissione dell'integrità cutanea correlata a effetti della compressione da immobilità secondaria a deficit cognitivi*, ecc. Abbandonati i vecchi piani di assistenza, siamo passati a pianificare l'assistenza per la singola persona pensandola quale risultato dell'assemblaggio di pianificazioni standard già predisposte (sulla base di uno studio relativo alle diagnosi di più frequente riscontro in una certa Unità Operativa o relative a determinati quadri clinici) e di pianificazioni aggiuntive riferibili ai problemi specifici del singolo cliente. Il senso di questo passaggio è far comprendere e sperimentare da subito la stretta connessione esistente tra aspetti assistenziali e aspetti organizzativi. Le esigenze dell'organizzazione non consentono infatti una pianificazione assistenziale nuova e diversa per ogni singola persona, ma impongono strumenti di standardizzazione. Un loro uso oculato non contrasta con il principio della personalizzazione, anzi ne favorisce l'applicazione per gli aspetti che non risultano standardizzabili. Alle diagnosi infermieristiche relative all'assistenza di base o svolte a questo livello, si accompagneranno poi negli anni successivi:
 - le pianificazioni relative alle stesse diagnosi per situazioni cliniche del paziente più complesse (es. *Alterazione della mucosa del cavo orale correlata ad uso di farmaci antitumorali secondario a cancro*);
 - altre diagnosi relative a modelli funzionali più complessi svolti al II e III anno (per es. per il modello valori-convinzioni *Sofferenza spirituale correlata a confinamento a letto secondario a fase terminale*);
 - i protocolli relativi ai problemi collaborativi (per es. Trombosi venosa profonda), secondo il modello bifocale dell'assistenza di Juaill Carpenito¹⁸.
 - Come già accennato, gli studenti del primo anno utilizzano un manuale di diagnosi infermieristiche per la pianificazione standard (supporto metodologico) e i risultati della ricerca per selezionare le prestazioni che hanno un'evidenza scientifica (in alcuni casi è il docente che offre una *review* già compiuta), unitamente alla riflessione critica e alla creatività sperimentate in tirocinio. In tal modo gli studenti elaborano fin dal secondo semestre del primo anno pianificazioni relative all'assistenza di base (si veda la scheda n° <...>). Il lavoro dei tutor clinici è incentrato sull'apprendimento in laboratorio e sul campo, per l'elaborazione e sperimentazione delle procedure relative all'assistenza di base, dapprima costruite e verificate in situazione protetta (laboratorio), quindi con il cliente o nella sede operativa. L'esame di tirocinio del I anno, ad esempio, richiede la presentazione e discussione di una procedura relativa alle prestazioni di base dell'infermieristica. L'infermieristica, così come il sistema sanitario nel suo complesso, sta cambiando notevolmente il modo di organizzare ed erogare l'assistenza: basterebbe riflettere su come il nuovo sistema di tariffazione (DRG) incida sulla pianificazione assistenziale, con diagnosi infermieristiche che, seppur accertate, non potranno essere affrontate in ospedale, bensì solo segnalate al gruppo infermieristico territoriale o domiciliare. Analogamente si potrebbe accennare alla cronicità come problema assistenziale in sé: al di là delle differenze specifiche che intercorrono tra diabete, emiparesi, demenza senile, c'è un elemento comune a tutte queste situazioni che necessita di una pianificazione mirata, ovvero la cronicità della situazione, con diagnosi quali *Tensione del prestatore di assistenza, Mancanza di speranza* ed altre. Si impone quindi una riflessione, molta ricerca e altrettanto coraggio per superare il mito del piano di assistenza personalizzato, guardando all'infermieristica con realismo, metodologia ed evidenza scientifica, ferma restando la considerazione che il nursing è un'arte, non solo scienza!
- Gli autori ringraziano, per la collaborazione, i colleghi E. Avvenuti, M.A. Barontini, D. Biasci, N. Gastrini, R. Magrini, L. Rasero, M. Spotti.*

Note

1. Per 'sistema' si intende "un'unità organizzata, con un gruppo di componenti che reagiscono tra loro. Il sistema agisce come un intero; il cattivo funzionamento di una delle parti provoca, più che la perdita di una singola funzione, un disturbo a tutto il sistema". J.C. Abbey, cit. in M.L. Hunter, "La persona olistica", in *Assistenza infermieristica centrata sulla persona*, Firenze, USES, 1987, p. 27.
2. F. Capra, *Il Tao della fisica*, Milano, Adelphi, 1997, p. 149.
3. Per un sintetico inquadramento sul tema, cfr. C. Calamandrei, L. D'Addio, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, Mc Graw-Hill, 1999, cap. 8.
4. Cfr. Koestler (1979), cit. in G. Simona, "L'approccio olistico e sistemico: strumento per una comprensione dell'interdipendenza complessa nella società moderna", in F. Poletti (a cura di), *L'educazione interculturale*, Scandicci (FI), La Nuova Italia, 1994.
5. Per un approfondimento sul tema, cfr. R. Collins, "La connessione micro-macro", in R. Collins, *Teorie sistemiche*, Bologna, Il Mulino, 1992.
6. Per un approfondimento sul tema, cfr. R. Collins, *op. cit.* Sul modello a rete applicato al nursing, cfr. C. Calamandrei, L. D'Addio, *op. cit.*, 1999, cap. 8.
7. R. Collins, *op. cit.*, p. 517.
8. Per un approfondimento sull'argomento, cfr. G. Simona, *op. cit.*
9. Sheldrake (1990), cit. in G. Simona, *op. cit.*
10. G. Simona, *op. cit.*, p. 55.
11. F. Loux, *Le jeune enfant et son corp dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 1983, p. 24.
12. Per un approfondimento, si vedano: P.C. Motta, V. Dimonte, "I sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 3, 1999; G. Bulechek, J. McCloskey, *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses*, Philadelphia, Saunders, 1985; International Council of Nurses (a cura di), *Nursing's Next Advance: an International Classification for Nursing Practice (ICNP). A Working paper*, Geneva, 1993; M. Johnson, M. Maas, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, St. Louis, Mosby, 1997; North American Nursing Diagnosis Association (a cura di), *Diagnosi Infermieristiche. Definizione e Classificazione 1999 - 2000*, Milano, Sorbona, 1999. Con le diagnosi infermieristiche NANDA lavora anche un'associazione francofona europea, l'AFEDI (Association Francophone Européenne des Diagnosticiens Infirmiers), la cui sede sociale è: rue du Marais, 100 - Bruxelles, Belgique (Tél.: 00.32.22.18.74.35). Ad essa aderiscono anche alcuni infermieri spagnoli ed italiani.
13. Cfr. M. Gordon, *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSES, 1992.
14. La principale organizzazione che lavora alla definizione e classificazione delle diagnosi infermieristiche è l'associazione nordamericana identificata dalla sigla NANDA. La sua definizione di diagnosi infermieristica è la seguente: "La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/p rocessi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile" (NANDA, 1990).
15. L.J. Carpenito, *Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, Milano, Edizioni Sorbona, 1996, p. 30. L'appendice XI di questo libro contiene l'elenco delle Condizioni che richiedono assistenza infermieristica, cioè delle diagnosi approvate dalla NANDA fino a quel momento e dei problemi collaborativi individuati dall'autrice. Tale elenco è molto utile per definire, in modo peraltro non esaustivo, l'insieme dei fenomeni di salute di pertinenza infermieristica.
16. M. Gordon, *Nursing Diagnosis. Process and Application*, St. Louis, Mosby, 1994, terza ed., pp. 69-70.
17. "Il Corso di Diploma per Infermiere ha come finalità la formazione di un professionista che, avvalendosi di conoscenze tratte dalla propria disciplina e da altre, interpreta in senso olistico la persona, promuovendone la salute. L'infermiere orienta il singolo e la collettività all'autodeterminazione, nel rispetto dei valori della persona, realizzando interventi di natura tecnica, relazionale ed educativa. L'infermiere contribuisce alla produzione di nuova conoscenza per il miglioramento della qualità dell'assistenza" (Università degli Studi di Firenze - Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Diploma Universitario per Infermiere. Curriculum Studii*, Firenze, Il Sedicesimo, 1999, p. 7)
18. Cfr. L. J. Carpenito, *op. cit.*

Bibliografia generale

- Bulechek G., McCloskey J., *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses*, Philadelphia, Saunders, 1985.
- Calamandrei C., "ABC della diagnosi infermieristica", in Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Cap. 27, Milano, McGraw-Hill, 1996.
- Calamandrei C., D'Addio L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, Mc Graw-Hill, 1999.
- Capra F., *Il Tao della fisica*, Milano, Adelphi, 1997.
- Carpenito J.L., *Diagnosi infermieristiche*, Milano, Sorbona, 1996.
- Carpenito J.L., *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*, Milano, Ambrosiana, 1999.
- Collins R., "La connessione micro-macro", in R. Collins, *Teorie sistemiche*, Bologna, Il Mulino, 1992.
- Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura*, Torino, Colibrì, 1996.
- Gordon M., *Nursing Diagnosis Process and Application*, St. Louis, Mosby, 1994.
- Gordon M., "Nursing Nomenclature and Classification System Development", *Online Journal of Issues in Nursing*, 1998.
- Gordon M., *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSES, 1992.
- Hunter M.L., "La persona olistica", in *Assistenza infermieristica centrata sulla persona*, Firenze, USES, 1987.
- International Council of Nurses (a cura di), *Nursing's Next Advance: an International Classification for Nursing Practice (ICNP). A Working paper*, Geneva, 1993.
- Johnson M., Maas M., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, St. Louis, Mosby, 1997.
- Loux F., *Le jeune enfant et son corp dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 1983.
- Motta P.C., Dimonte V., "I sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 3, 1999.
- NANDA, *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 1999 - 2000*, Philadelphia, 1999 (è in corso la traduzione italiana per i tipi delle Edizioni Sorbona. Essa andrà a sostituire la precedente traduzione: *Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e Classificazione 1992 - 1993*, Milano, Sorbona, 1993).
- Poletti F. (a cura di), *L'educazione interculturale*, Scandicci (FI), La Nuova Italia, 1994.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Disturbo del modello di sonno correlato a modificazione dell'ambiente in cui il cliente vive e dorme abitualmente, secondaria a ospedalizzazione.

PIANIFICAZIONE STANDARD

- *popolazione di riferimento:*

persone adulte collaboranti; ospiti in strutture residenziali sociosanitarie per lunghi periodi (oltre 2 settimane)

- *caratteristiche definenti:*

riferita o osservata difficoltà a prendere sonno o a continuare a dormire; riferiti o osservati risvegli durante la notte; ripetuti sonnellini durante il giorno; riferito disagio derivante da stimoli ambientali (luce, rumore, attività notturne); alterazioni dell'umore e/o irritabilità; terapie farmacologiche prive di effetti collaterali sul riposo-sonno.

Obiettivi	Prestazioni Infermieristiche
<p>Entro 2 giorni dall'inizio dell'assistenza il cliente identificherà i suoi disturbi del sonno e gli effetti conseguenti</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduce un accertamento mirato sul modello di riposo-sonno del cliente - incoraggia il cliente ad esprimere i propri disagi relativi all'alterazione del riposo-sonno <p>L'infermiere indica al cliente i possibili effetti secondari alla deprivazione del sonno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ansia - irritabilità - senso di affaticamento - stanchezza - alterazione della capacità di concentrazione e delle attività cognitive - riduzione della soglia del dolore <p>L'infermiere spiega gli effetti negativi su sintomi/malattia legati alla carenza/alterazione di riposo-sonno, quindi la necessità di affrontare il problema</p> <p>L'infermiere identifica col cliente gli stimoli ambientali/situazionali che disturbano il suo riposo-sonno</p>
<p>Entro 3 giorni dall'inizio dell'assistenza il cliente riferirà una riduzione degli stimoli ambientali che disturbano il proprio sonno-riposo</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel caso in cui il disturbo sia dovuto al <i>rumore</i> <ul style="list-style-type: none"> - invita i degenti della stanza a ridurre il volume di radio e televisori dopo le ore 22.00 - riduce il volume della suoneria telefonica e dei campanelli di chiamata, purchè udibili dagli operatori - invita tutti i degenti della stanza a spegnere eventuali cellulari dopo le 22.00, quantomeno a inserire sistemi alternativi di avviso di chiamata - chiude le porte delle stanze di servizio - copre i rumori ambientali o derivanti da apparecchi con <i>rumori bianchi</i> - nel caso in cui il disturbo sia dovuto all'<i>illuminazione</i> <ul style="list-style-type: none"> - chiude gli avvolgibili e spegne le luci diurne, attivando le luci notturne per consentire un'adeguata illuminazione, quindi garantire la sicurezza di degenti e operatori nelle ore notturne - tira le tende e/o i separatori dei box <p>L'infermiere assicura l'adeguatezza del microclima per il riposo: temperatura 18° - 20° l'umidità 50%-70% ricambio d'aria effettuato, con odori attenuati o eliminati</p> <p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizza le attività notturne (22.00-7.00) in modo da causare il minor numero di interruzioni al sonno del cliente - evita al cliente le procedure non necessarie durante le ore notturne (22.00-7.00) - se possibile, colloca il cliente in una stanza con altri degenti compatibili per esigenze sul riposo-sonno

Obiettivi	Prestazioni Infermieristiche																					
Entro 4 giorni il cliente individuerà le misure adottabili per favorire il riposo-sonno	<p>L'infermiere informa il cliente su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effetto eccitante di tè, caffè, cioccolata, coca-cola, fumo, sconsigliandoli alla sera o nel tardo pomeriggio - effetto nocivo derivante dall'alcol, che induce sonnolenza ma impedisce il sonno profondo e ristoratore, sconsigliandone l'assunzione - effetto controproducente al sonno dei sonnellini pomeridiani protratti per oltre 60', scoraggiandoli se non previsti dal piano di cure - importanza di destinare il letto ad attività collegate al riposo-sonno, invitandolo a leggere, scrivere, ascoltare musica, giocare a carte, etc. in luoghi diversi - importanza di non insistere nel tentativo di dormire per oltre 30' dal momento in cui si è coricato - importanza di lasciare il letto e cambiare ambiente (adeguando l'indicazione agli eventuali limiti derivanti dalla struttura) - importanza di limitare l'assunzione di liquidi la sera e la notte (salvo diversa prescrizione medica), al fine di ridurre i possibili risvegli derivanti dalle minzioni - importanza di evitare il circolo ansioso 'ho paura di non dormire', dedicando uno spazio serale al colloquio per rilassare/distogliere il cliente da questo pensiero - importanza di svolgere un regolare esercizio fisico (salvo diversa prescrizione medica), individuando col cliente alternative alle sue normali abitudini per il periodo di degenza - efficacia di bevande calde alla sera (latte, tisane) per favorire il sonno, salvo diversa prescrizione medica <p>L'infermiere insegna tecniche di rilassamento-esercizi di respirazione per favorire il rilassamento, fornendo se possibile materiale illustrativo scritto</p>																					
Entro 5 giorni il cliente riferirà di aver individuato le strategie per favorire il suo riposo-sonno tra quelle indicate	<p>L'infermiere assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il riordino del letto prima che il cliente si corichi per la notte - l'aiuto necessario per lo svolgimento dei suoi rituali serali (pulizie personali, bevanda calda, massaggi alla schiena, ecc) - l'aiuto necessario per assumere una posizione comoda/abituale in letto (salvo diversa prescrizione medica) - che eventuali presidi (sondini, deflussori, ecc) siano posizionati in modo sicuro e non vincolante per il cliente <p>Il cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha ridotto o rinunciato al suo sonnellino pomeridiano - svolge esercizio fisico (salvo diversa prescrizione medica) - effettua esercizi di rilassamento quando ne sente la necessità e/o prima di coricarsi - indossa indumenti diversi per la notte e il giorno (salvo prescrizione medica di riposo a letto) <p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - offre la possibilità di ulteriori colloqui informativi, ulteriori spiegazioni se necessarie - offre la possibilità di parlare dell'argomento con familiari/persona significative - programma col cliente l'orario e il tipo di attività diversive per lui possibili 																					
Entro 8 giorni il cliente riferisce di sentirsi riposato in modo personalmente soddisfacente ed un incremento della qualità/quantità del suo riposo-sonno	<p>L'infermiere osserva:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>un prolungamento del sonno notturno</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> <tr> <td>una diminuzione dei risvegli notturni</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> <tr> <td>una riduzione dell'irritabilità diurna</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> <tr> <td>una capacità di attenzione/concentrazione aumentata</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> </table> <p>Il cliente riferisce:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>di sentirsi più riposato</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> <tr> <td>di sentire meno sonnolenza al pomeriggio</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> <tr> <td>di essere capace di più attenzione, prontezza, concentrazione</td> <td style="text-align: center;">q Sì</td> <td style="text-align: center;">q No</td> </tr> </table>	un prolungamento del sonno notturno	q Sì	q No	una diminuzione dei risvegli notturni	q Sì	q No	una riduzione dell'irritabilità diurna	q Sì	q No	una capacità di attenzione/concentrazione aumentata	q Sì	q No	di sentirsi più riposato	q Sì	q No	di sentire meno sonnolenza al pomeriggio	q Sì	q No	di essere capace di più attenzione, prontezza, concentrazione	q Sì	q No
un prolungamento del sonno notturno	q Sì	q No																				
una diminuzione dei risvegli notturni	q Sì	q No																				
una riduzione dell'irritabilità diurna	q Sì	q No																				
una capacità di attenzione/concentrazione aumentata	q Sì	q No																				
di sentirsi più riposato	q Sì	q No																				
di sentire meno sonnolenza al pomeriggio	q Sì	q No																				
di essere capace di più attenzione, prontezza, concentrazione	q Sì	q No																				
<p>Bibliografia</p> <p>Carpenito J.L., <i>Diagnosi infermieristiche</i>, Milano, Sorbona, 1996. Carpenito J.L., <i>Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche</i>, Milano, Ambrosiana, 1999.</p>																						