

Metodologia infermieristica

Secondo il Decreto Ministeriale 739/94 “... l’infermiere è l’operatore sanitario ... responsabile dell’assistenza generale infermieristica” “partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività ... identifica i bisogni di assistenza infermieristica ... pianifica gestisce e valuta l’intervento assistenziale ... garantisce l’applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche”

Professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

Legge 42/99 con le disposizioni in materia di professioni sanitarie → abrogazione del mansionario, che limitava l’operato infermieristico dicendo cosa dovevano o non dovevano fare. Regolamento dell’esercizio professionale derivante da profilo, codice deontologico, formazione ricevuta.

Legge 251/2000 → autonomia professionale; Organizzazione di percorsi assistenziali per obiettivi; personalizzazione dell’assistenza.

Il Decreto del Presidente della Repubblica Sistema documentale in sanità; La documentazione sanitaria/Cartella infermieristica.

L’infermiere oggi è il professionista che elabora dei pensieri e sceglie le azioni più intelligenti per rispondere ai bisogni della persona assistita.

Si rifà alla teoria dei bisogni di Virginia Henderson → individuare i bisogni principali riguardo alle sfere della sua vita, prendendo le decisioni più appropriate.

- pensare è responsabilità e dà responsabilità

Pensiero critico

“L’arte di pensare cosa si sta pensando per pensare meglio: il modo più chiaro, più accurato o più sostenibile”

Strategie di riflessione – metodologie di pianificazione

Il pensiero critico è il fulcro delle principali strategie di riflessione che diventano poi metodologie, ovvero il problem solving e le decision making. Il pensiero critico rappresenta il punto di svolta rispetto ad un insieme di pensieri ed è fondamentale in tutti i processi infermieristici.

- decision making → attività di ragionamento che invita la scelta
 - definizione del problema
 - identificazione delle cause
 - soluzioni possibili
 - soluzioni vantaggiose
 - messa in atto
 - valutazione delle attività per verificare se le soluzioni ipotizzate hanno permesso o meno la
 - risoluzione del problema
- problem solving → studio delle abilità. è un insieme di processi messi in atto per analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche,

- raccolta dati
- identificazione del problema
- pianificazione
- attuazione
- valutazione

Processo di Nursing

*“Metodo clinico dell’assistenza infermieristica, basato sull’applicazione sistematica del **Problem Solving** ai problemi di salute di competenza infermieristica”* (Motta, 2002).

- metodo scientifico per indagare e risolvere problematiche connesse ai **BISOGNI** della persona
- applicazione sistematica del **PROBLEM SOLVING**
- strutturato in Fasi: 2 momenti – **PROCESSO DIAGNOSTICO** e **PIANIFICAZIONE**

Processo sequenziale (la fase successiva è sequenziale alla precedente ma sono collegate)

1. Si parte dall’**accertamento**, che avviene nel momento della conoscenza della persona, attraverso la raccolta di dati, successivamente elaborati ed analizzati. I dati servono a rilevare informazioni riguardo lo **stato attuale** e al passato, per ottenere un giudizio complessivo sul suo stato funzionale, il suo **modello di coping**/adattarsi, di reagire alle circostanze, condizioni di salute.

L’accertamento sulla base degli 11 modelli di Gordon: (percezione e gestione della salute; nutrizione – metabolismo; eliminazione; attività – esercizio; cognitivo – percettivo; sonno – riposo; concetto di sé; ruolo – relazioni; sessualità – riproduzione; adattamento – tolleranza allo stress; valori – credenze).

Gli obiettivi possono essere:

- oggettivi;
- soggettivi.

I dati:

- quantitativi;
- qualitativi;
- determinanti (essenziali per individuare il bisogno di assistenza);
- concorrenti (descrivono la sfera soggettiva che cambiano da contesto e che ci permettono di inquadrare la persona);
- diretti (danno indicazioni dirette per la formulazione di una possibile diagnosi rispetto al bisogno che manifesta la persona);
- indiretti (permettono la conoscenza generale della persona e quindi il suo stato di salute e il punto dove pianificare l’assistenza);
- mirato continuo (raccogliere dati selezionati in base alle condizioni dell’assistito).

Le fonti sono:

- primarie (è la persona assistita con cui andiamo a creare una relazione);

- secondarie (i familiari, la persona di riferimento che si occupa dell'assistito, i documenti e i reperti scritti che ci possono fornire informazioni).

Metodologie per raccogliere i dati:

- 1) tecniche sperimentative, rappresentate dal colloquio – intervista, che può essere mirata o no (strumento idoneo, momento opportuni, riservatezza dati, informare sullo scopo); comunicazione strutturata (va programmata); intervista aperta (sviluppare empatia con il paziente per far sviluppare nella persona fiducia per comunicare con l'infermiere). Servono competenze nella comunicazione.
- 2) tecniche osservative, con un esame obiettivo (un esame testa – piedi con valutazione fisica/clinica: si raccolgono dati oggettivi, la condizione fisica – ispezione, palpazione, percussione, auscultazione e successiva scrittura dei dati perché non vadano persi); con l'osservazione tramite i 5 sensi; valutazione fisica, emotiva e relazionale.
- 3) altre tecniche di raccolta dati, con la revisione della documentazione e dei reperti (lettura attenta della cartella clinica, dati utili e pertinenti); collaborazione con i colleghi da cui avere ulteriori informazioni.

Tutti i dati raccolti possono essere visti secondo una sfera oggettiva (lesione da grattamento, pallore), soggettiva (prurito, debolezza) o strumentale (tampone cutaneo per infezione, PA 90 – 60 mmHg). Una volta raccolti i dati, questi devono essere elaborati attraverso l'analisi (studio e comparazione tra soggetti, oggetti, strumentali), l'organizzazione (aggregazione) e un confronto con i parametri standard (scale di valutazione, standard assistenziali, informazioni scientifiche derivanti dalle ricerche: le prove di efficacia).

2. fase delle **diagnosi** infermieristiche (identificare un bisogno e le strategie). Fanno riferimento al modello bifocale di Carpenito, che ritiene che l'attività dell'infermiere si svolge secondo due modelli:
 - una parte di autonomia;
 - un aspetto collaborativo, dove l'infermiere effettua interventi rispetto ad altre figure professionali.

Il primo è NANDA, che si occupa della definizione delle diagnosi infermieristiche aggiornandole e inserendone di più. La **diagnosi** è il punto di base dove fare interventi infermieristici per avere obiettivi/esiti dove l'infermiere è responsabile. Le **diagnosi** sono una risposta della persona che può essere **reale** o **potenziale** rispetto ad un problema areale. Lavorare per diagnosi infermieristiche significa identificare ei bisogni, sintetizzare i dati raccolti durante l'accertamento, e comprendere le azioni e gli interventi da mettere in atto. NANDA suddivide le diagnosi in 5:

- **reali** → convalidate dalla presenza di segni e sintomi specifici che potenziali che è tipo essere presenti in determinate situazioni;
- **di rischio** → vulnerabilità della persona rispetto ad un problema;
- **possibili** → si presuppone, servono maggior accertamenti;
- **di benessere** → situazioni dove la persona si trova in uno stato di benessere ma in una fase di transizione dallo stato di benessere attuali ad un livello di benessere maggior: c'è il desiderio di un maggior livello di benessere: disponibilità da parte della persona;

- **a sindrome** → sono un insieme di segni e sintomi di dati sia reali rispetto alle condizioni dove si trova la persona.

Gli obiettivi sono identificare i bisogni, sintetizzare gli elementi raccolti durante l'Assessment infermieristico, comprendere le azioni di competenza infermieristica.

Le diagnosi sono costituite da 4 elementi:

- 1) un titolo diagnostico: (esempio compromissione della mobilità). Due – tre termini diagnostici che ci dicono il problema secondo repertorio NANDA, esprime lo stato di salute della persona (alterato, inefficace, aumentato);
- 2) definizione: (esempio lo stato in cui la persona ha una limitazione del movimento fisico, senza tuttavia essere immobile). Breve frase che specifica nel dettaglio la diagnosi e la situazione della persona. Esprime chiaramente e precisamente in dettaglio il titolo della diagnosi quindi la condizione della persona.
- 3) caratteristiche definenti, ovvero segni e sintomi (dati oggettivi e soggettivi). Possono essere distinti in maggiori (presenti almeno una per definire una diagnosi come reale e sono caratteristiche presenti nel 90 % dei casi) e minori (sono informazioni di supporto). (Esempio limitata escursione articolare, movimenti rallentati, riluttanza a muoversi).
- 4) fattori correlati, ovvero condizioni che causano e portano la diagnosi (l'eziologia della diagnosi). (Esempio un trauma, fratture, deficit sensoriali).

Perché si avvalga una diagnosi ci deve essere un fattore definente maggiore

Le diagnosi si possono descrivere con un solo titolo diagnostico (di benessere o a sindrome), con un titolo diagnostico + fattori (di rischio o possibili), con un titolo diagnostico + fattori contribuenti + segni e sintomi con cui si manifesta (reali).

I problemi collaborativi sono la sfera dove l'infermiere va ad effettuare un intervento rispetto ad altre figure. I problemi collaborativi sono le complicanze per individuarne l'insorgenza o una modifica. Gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica, volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi.

Problemi collaborativi P.C.

Carpenito, nel 1999, dà una definizione di problema collaborativo come: "Certe complicanze che gli infermieri controllano per individuare l'insorgenza o una modifica. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medico o infermieristica, volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi".

Titolo diagnostico

Denominazione del problema clinico – assistenziale secondo tassonomia NANDA (riferisce lo stato di salute della persona).

Definizione

Esprimere chiaramente e nel dettaglio il titolo.

Esempio → PC: Aritmie correlate a disfunzione cardiaca/vascolare.

Definizione: persona soggetta ad alto rischio di disturbi del sistema di conduzione cardiaco che provoca alterazioni della FC o del ritmo cardiaco.

Popolazioni ad alto rischio: angina, infarto miocardio, scompenso cardiaco, squilibrio elettrolitico ...

OBT INF: l'infermiere gestirà e ridurrà al minimo gli episodi di aritmia.

Interventi: monitorate segno e sintomi aritmie, esegue prescrizioni mediche, somministra ossigeno se indicato.

Per ogni processo infermieristico si identificano i NOC e i NIC

I **NOC** (nursing outcomes classification) sono cosa vogliamo far raggiungere alla persona (sono frasi che descrivono comportamenti misurabili sulla persona, famiglia o gruppo).

Devono essere realistici, specifici, misurabili (attraverso la vista o l'udito). L'obiettivo è quello di avere una classificazione standard e completa dei risultati.

Gli elementi principali degli obiettivi possono essere a breve (giorni o settimane) o a lungo (obiettivi da raggiungere a persona con patologie croniche o lungo degenti in strutture sanitarie) termine.

Obiettivi sono misurabili (verbi misurabili dalla vista o dall'udito; identificare il tempo) → gli obiettivi vanno concordati con la persona per far sì che vengono raggiunti.

Per ogni obiettivo si devono creare degli indicatori (ovvero degli obiettivi misurabili).

Esempio: l'obiettivo è la deambulazione e movimenti articolari attivi → gli indicatori sono la persona che riferirà un aumento della forza.

I **NIC** sono trattamenti o azioni che recano beneficio, riducendo o eliminando il problema assistenziale promuovendo una risposta sana.

Il centro di interesse sono i comportamenti dell'infermiere. Sono tutti i componenti che l'infermiere può compiere in autonomia o in collaborazione,

Esempio; esercizio fisico terapeutico, promozione dell'attività fisica, insegnamento alla sicurezza.

Esempio: esecuzione di attività per la persona o in aiuto, educazione alla salute, consulto con altri professionisti (relativi alle D.I.).

Esempio: monitoraggio instabilità, consultazione medico, azioni per la gestione dell'evento, spiegazione dei bisogni e giustificazione degli interventi (relativi ai P.C.)

Il processo infermieristico – formulazione degli obiettivi

“Individuare **Criteria di esito NOC, prestazioni assistenziali e interventi NIC e indicatori di risultato** in relazione ad una D.I. della persona, famiglia o collettività” (Carpenito, 2006)

GERARCHIA DEGLI OBT (misurabili, osservabili, comportamentali)

Finalità → natura dell'attività

Obiettivi generali → funzioni o prestazioni

Obiettivi specifici → performance misurabili → (Soggetto) – PERFORMANCE – CONDIZIONE – CRITERIO

Performance: il signor G. deambulerà

Criterio di performance: il signor G. deambulerà lungo il corridoio di reparto almeno tre volte al giorno per almeno 15 minuti entro una settimana da oggi

Condizione di performance: ... con l'aiuto di un deambulatore (o con l'aiuto di stamoele, o con l'assistenza di un familiare, o da solo ...)

Il centro di interesse sono i comportamenti dell'infermiere, ovvero le azioni che mette in atto sia singolarmente sia in collaborazione.

La formulazione degli obiettivi rispetto al bisogno di assistenza.

Questa fase è la fase dove si identificano gli obiettivi da raggiungere (i criteri di esito); gli interventi da mettere in atto (prestazioni assistenziali e interventi NIC) e indicatori di risultati.

Si parla di GERARCHIA DEGLI OBIETTIVI (che devono essere misurabili, osservabili, comportamentali).

La persona deve accettare l'obiettivo prima di metterlo in atto, per facilitare la fine di metterlo in atto.

L'obiettivo serve per prevedere l'esito dell'assistenza. Sono l'esito di una situazione finale diversa rispetto a quella di partenza e bisogna specificare con termini chiari, valutabili, misurabili la performance che si vuole raggiungere. Per ogni obiettivo individuiamo una finalità, ovvero la natura delle attività; gli obiettivi generali, ovvero le funzioni o prestazioni; gli obiettivi specifici, ovvero le performance misurabili, che servono a valutare se l'obiettivo è stato raggiunto o meno.

3. **identificazione** degli obiettivi che vogliamo far raggiungere alla persona attraverso il nostro aiuto;
4. **pianificazione** di un percorso di assistenza per far raggiungere alla persona gli obiettivi prefissati.
Documentare la pianificazione nella quotidianità clinica (documento scritto). Significa organizzare il lavoro ottimizzando le risorse; definire la complessità e standard assistenziali (omogeneità di intervento); usare strumenti per la revisione e valutare la qualità dell'assistenza. La pianificazione deve avere un documento scritto, scompleto, rintracciabile, confrontabile, unico e appropriato per l'assistenza. Deve essere specifica per la persona, per il rapporto persona – infermiere, per la durata dell'intervento. La pianificazione può essere vista secondo due aspetti.
 - per NANDA consiste nel definire un gruppo di diagnosi infermieristiche prioritarie, definirei NIC e NOC e prescrivere gli interventi.

- per MOTTA c'è una fase di progettazione dell'assistenza (significa formulare il piano per obiettivi) e specificare le azioni per soddisfare il bisogno o individuare i protocolli, procedure, standard e poi di attuazione degli interventi infermieristici.

La pianificazione per obiettivi segue il pensiero della Henderson e deve avvenire per obiettivi/individualizzato quando facciamo riferimento ai bisogni. Il bisogno non è una diagnosi ma bisogna individuare degli obiettivi specifici formulato sulla persona per raggiungere quel determinato obiettivo.

P.A.I. documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona. Il P.A.I. deve essere accordato anche dalla persona e deve prendere in considerazione anche le nostre risorse. È costituito da 4 fasi: osservazione, pianificazione, intervento e verifica.

Si parla di **pianificazione standard** quando si parla di pianificazione facendo riferimento a diagnosi infermieristiche più complesse o più frequenti. Fa riferimento ai profili di cura o di assistenza, ovvero piani interdisciplinari, sono creati per rispondere a problematiche specifiche cliniche o assistenziali, pianificano la cura in cooperazione con più professionisti, richiedono flessibilità per rispondere ai bisogni della persona. Strumenti di standardizzazione inseriti in una pianificazione standard. Questa pianificazione ha dei vantaggi, quali garantire e permettere il miglioramento della qualità del paziente e avere le migliori risorse, dà la possibilità di dedicarsi all'assistenza rispetto che alla pianificazione, orienta l'assistenza con riferimento ad una pianificazione precisa, fa individuare gli standard del setting. Gli svantaggi potrebbero portare alla perdita/sostituzione di interventi personalizzati.

5. **attuazione** degli interventi infermieristici. Esegue attività al posto della persona, con l'aiuto della persona. Aiuta la persona a identificare i rischi legati al suo bisogno e gli insegna una conoscenza maggior e rispetto al suo stato funzionale. L'infermiere mette in atto interventi educativi, di sostegno, di supervisione durante le attività svolte, psico – motori (sfera fisica) e psico – sociali (sfera relazionale, sociale, emotiva). In ogni fase del processo gli infermieri documentano ciò che viene fatto. Gli interventi possono essere messi in atto seguendo le indicazioni presenti nelle linee guida, protocolli, etc, che rappresentano lo standard qualitativo d'assistenza. Durante il processo, valuta, revisione e modifica il piano di assistenza, collaborando con i membri dell'equipe.
6. **capire/valutare** se è andato a buon fine, se non bisogna riformulare nuove diagnosi e ripartire con il processo circolare. L'infermiere valuta i comportamenti/efficacia dell'assistenza infermieristica erogata rispetto al bisogno della persona, in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi che la persona doveva raggiungere. C'è un confronto fra i comportamenti sulla persona rispetto agli obiettivi, quindi i criteri di risultato. Serve un documento dove registrare tutto (scale di valutazione o check list).

Ci sono 4 possibili giudizi: OBT completamente raggiunto; OBT parzialmente raggiunto; OBT non raggiunto; comparsa di altri bisogni o formulazione di altre D.I. → per gli ultimi 3, l'infermiere, deve riprendere in mano il caso e rimodellare il piano d'assistenza, domandandosi i motivi per cui l'obiettivo non è stato raggiunto.

Valutare le diagnosi infermieristiche	Valutare i problemi collaborativi
Verifica le condizioni della persona	Verifica le condizioni della persona
Confronta con i NOC	Confronta i dati con quelli prefissati
Confronta se sta progredendo o meno verso il raggiungimento dei NOC	Giudica se rientrano in range accettabile
	Conclude se le condizioni sono stabili, migliorate o no, peggiorate

Il processo di nursing follow up → nella scheda di trasferimento infermieristica, l'infermiere riporta le condizioni di salute, le scale ADL, IADL, D.I. e P.C. associati o meno al bisogno di salute, interventi e risultati.

Esempio caso clinico

La signora Rossi, 74 anni, ricoverata in medicina per Polmonite da stasi (Diagnosi Medica)

OSSERVAZIONE: all'accertamento iniziale, al momento del ricovero, l'infermiere osserva un eritema fisso (lesione I° grado) in zona sacrale, incontinente portatrice di CV, riferiva lieve disfagia ai liquidi dalle figlie.

D.I.: compromissione dell'integrità cutanea correlata a umidità e disidratazione che si manifesta con alterazione del tessuto tegumentario a livello sacrale e lingua patinosa

NOC: integrità tissutale – cute e mucose

INDICATORI: parteciperà alla valutazione del rischio, descriverà le cause e le misure preventive, spiegherà le motivazioni degli INT

PIANIFICAZIONE: al fine di trattare l'arrossamento e il ridotto apporto di liquidi, in una settimana, l'infermiere pianifica i seguenti interventi

NIC:

- posizionamento (cambiare posizione alla persona ogni 4 ore)
- gestione della pressione – usare MAD (presidio antidecubito)
- garantire un adeguato apporto idrico – nutritivo (consiglia al dietista iperproteica e ipercalorica- uso di acqua gelificata)
- sorvegliare l'area cutanea arrossata RIF – Strumenti – LG Ldp

Interventi portati avanti per una settimana – Regista e documenta tutte le fasi in modo corretto.

VALUTAZIONE: alla fine della settimana l'infermiere osserva che l'area arrossata e ridotta è meno evidente, la signora assume almeno 1,5 lt acqua al giorno

Un obiettivo specifico è formato da 4 componenti

Il processo assistenziale è un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i bisogni di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi, di famiglie o della comunità-

Si applica il processo infermieristico per:

- avere una guida predefinita, ma flessibile;
- per fornire un'assistenza appropriata ed efficace alla persona;
- per aiutare la persona ad assumere un ruolo attivo nella presa di decisioni sulla sua salute.

Ci sono molti strumenti a supporto dell'assistenza:

○ strumenti di pianificazione: mono professionali o multiprofessionali. I piani di assistenza possono essere Standard o Individualizzati, come i Profili assistenziali, Piani di Cura, Protocolli, Procedure, Linee Guida.

Standardizzare significa uniformare le attività sulla base delle norme i tipi o i modelli di riferimento.

Fare riferimento alle caratteristiche più appropriate di una prestazione o processo, assicurare tutti coloro che beneficiano di un servizio circa il livello di qualità della prestazione resa. Gli obiettivi sono migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche e ridurre la variabilità dei comportamenti.

Possiamo parlare di standard in termini di risultato (esito), di assistenza (processo), di struttura.

Gli strumenti di standardizzazioni usati durante la pianificazione sono:

- le procedure: logica successione di azioni per controllare l'abilità tecnica nell'esecuzione di un'attività. È la forma più semplice che possiamo formalizzare. Gli obiettivi della creazione dei piani sono uniformare comportamenti. Le procedure sono strumenti trasversali usati in più realtà e possono essere inseriti in più percorsi clinico assistenziali. Si può standardizzare la pratica clinica infermieristica; i metodi e gli strumenti; l'organizzazione delle attività.
 - la definizione di un titolo, descrittivo del campo di applicazione della procedura e dei suoi scopi
 - la formulazione di un glossario delle sigle e delle definizioni utilizzate nel testo della procedura
 - la definizione delle responsabilità e delle competenze degli operatori coinvolti nell'esecuzione della procedura
 - la definizione della sequenza, delle modalità, della tempistica e dell'impiego di risorse e materiali per ciascuna attività che compone la procedura
 - la segnalazione delle possibili complicanze
 - le eccezioni alla sua applicazione
 - la bibliografia di riferimento
 - l'indicazione degli autori che hanno formulato la procedura
 - la data della stesura e delle eventuali revisioni
- linee guida: "insieme delle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia che servono al professionista a scegliere l'assistenza più appropriata in determinate circostanze cliniche". Sono documenti che forniscono raccomandazioni di comportamento clinico.

Esempi sono le Linee Guida sulla prevenzione e trattamento delle Ulcere da pressione, erogate dalla EPUAP. Le Linee prevenzione e trattamento dell'Ictus Cerebrale, erogate dallo SPREAD.

Dobbiamo scegliere il tema della Linea Guida; prevedere benefici e svantaggi rispetto alla ricerca delle prove scientifiche e parere degli esperti; bisogna considerare le risorse necessarie e disponibili per mettere in atto una linea guida; le raccomandazioni di una linea guida che definiscono la buona pratica professionale per scegliere l'assistenza più appropriata; la linea guida deve essere redatta e messa in pratica.

I metodi per lo sviluppo di una Linea Guida sono l'opinione degli esperti (meno attendibile poiché sono il prodotto di un processo non strutturato ma basato sulle esperienze di un singolo professionista che riporta la sua esperienza) → il consenso conference (obiettivo di verificare il grado di accordo fra gli esperti riguardo a un problema partendo da ciò che è scritto in letteratura) → le revisioni sistematiche (strumento principale a cui si fa riferimento per la creazione di una Linea Guida. Sono retrospettivi e relazionali). Le raccomandazioni sono caratterizzate da lettere (A, B, C rappresentano il **livello di evidenza**, ovvero il livello di studio da cui deriva: il livello A è quello migliore VS C deriva da piccoli studi) e numeri (**forza delle raccomandazioni**. Da 1 a 3. 1 è fortemente raccomandata perché è vantaggioso, utile e efficace. 2 gli interventi devono essere presi in considerazione. 3 gli interventi non sono raccomandati e in alcuni casi sono risultati dannosi).

Le linee guida devono essere modellate secondo il caso.

Le fonti di informazioni usate sono molteplici, ma possono essere classificate in quattro categorie:

1. fonti tradizionali (un collega esperto, trattati/libri di testo, revisioni tradizionali)
2. banche – dati biomediche (Es. Medline, Embase e Cinhal, per l'ambito infermieristico)
3. pubblicazioni secondarie basate su criteri Evidence – Based
4. revisioni sistematiche

Le LG devono dichiarare la qualità delle informazioni utilizzate (il livello delle evidenze); dichiarare l'importanza, la rilevanza, la fattibilità e la priorità della loro implementazione (la forza delle raccomandazioni); esplicitare le alternative di trattamento e i loro effetti sugli esiti; avere caratteristiche di flessibilità e adattabilità alle mutevoli condizioni locali.

I protocolli sono l'applicazione a livello territoriale delle Linee Guida. Sono schemi predefiniti di comportamenti attuabili nell'esercizio di professioni sanitarie. Sono prescrittivi, il loro mancato adempimento porta a rispondere il professionista delle proprie azioni. Sono schemi di sequenze procedurali molto dettagliate. Gli obiettivi devono garantire efficacia, appropriatezza ed efficienza all'interno dei vari setting assistenziali. Deve possedere validità, applicabilità e riproducibilità, flessibilità, chiarezza, completezza e concisione. Sono necessari prestazioni prevedibili. In situazioni assistenziali complesse Per procedure poco frequenti nella realtà di riferimento.

Sono necessari per prestazioni prevedibili e standardizzabili; in situazioni assistenziali complesse; per procedure assistenziali poco frequenti nella realtà di riferimento.

- strumenti di documentazione: documentazione sanitaria (cartella clinica, cartella infermieristica). Criteri guida nella corretta compilazione e Gestione, Cartella Informatizzata.

I percorsi clinico – assistenziali, o Percorso di cura, percorso diagnostico – terapeutico assistenziale sono sinonimi ed usano le Linee Guida e un contesto.

L'obiettivo di creare e usare percorsi standard è quello di ottimizzare/garantire un'adeguata efficacia e appropriatezza delle attività.

I percorsi quindi sono schemi ma sono flessibili, poiché sono un insieme di processi che variano in base al contesto, alla persona e ai professionisti con cui collaboriamo.

Percorso metodologico

- definizione delle caratteristiche cliniche della persona a cui si riferisce il Clinical pathway
- specificare delle azioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali e la loro sequenza (uso delle procedure)
- definizione dei risultati attesi su promozione, miglioramento o mantenimento dello stato di salute (es. rispetto al ricovero)

CLINICAL PATHWAY in ambito INFERMIERISTICO

- particolare processo diagnostico
- particolare insieme di trattamenti assistenziali
- iter diagnostico o assistenziale di collaborazione con altri professionisti

I percorsi metodologici per creare e ideare i percorsi assistenziali sono la definizione delle caratteristiche cliniche della persona. Va specificato le azioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali e la sequenza delle varie azioni (usando le procedure). Si definiscono i risultati che si possono raggiungere in termini di promozione o mantenimento dello stato di salute.

Le principali aree per cui si possono creare le linee sono per un particolare processo diagnostico, rispetto ad un insieme di trattamenti assistenziali o un iter diagnostico o assistenziale di collaborazione con altri professionisti.

- osservare, misurare e confrontare i comportamenti; definire le responsabilità; facilitare l'inserimento di studenti e nuovi operatori; utilizzare razionalmente le risorse.

Percorsi clinico assistenziali

Come si crea un **PDTA**?

L'obiettivo è uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pz.

- scelta del problema e ricognizione sull'esistente (priorità dei problemi assistenziali o criticità clinico – organizzative);
- revisione e valutazione critica della letteratura (usare LG di buona qualità per il problema);
- adattamento e costruzione del percorso (identificare OBT assistenziali e out comes attesi, definire: chi, dove, quando, come).

Poi: diffusione, sperimentazione e applicazione, valutazione e verifica.

Devono includere una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche, devono facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i caregivers e i pazienti;

devono coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza; devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcomes, devono infine identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso.

Per ogni PDTA che si attua è necessario indicare:

- il committente, che assume la responsabilità, funzione gestionale, coordina il gruppo
- il gruppo di lavoro, competenti, motivati, multiprofessionale, esperto di EBM.EBN, piccolo gruppo, rappresentante degli utenti
- la letteratura di riferimenti, ricerca, valutazione critica, integrazione e adattamento, aggiornamento della LG
- l'ambito di applicazione e criteri di inclusione/esclusione al PDTA da parte dei pazienti, caratteristiche dei pazienti

I PDTA si valutano con CRITERI e INDICATORI individuati usando le raccomandazioni delle LG adattate al contesto locale.

EBM → “L'integrazione delle migliori prove di efficacia clinica con l'esperienza e l'abilità del medico ed i valori del paziente”

EBN →” ... processo per mezzo del quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente ... “.

Estensione in ambito INFERMIERISTICO dell'EBM.

Gli obiettivi sono promuovere assistenza infermieristica di **qualità** con ricorso ai **metodi** e **risultati** della ricerca, con l'uso delle Linee Guida (ricerca dalla teoria alla pratica clinica).

Si basa su due criteri fondamentali:

- 1) giusto grado di FLESSIBILITA';
- 2) cultura professionale orientata alla qualità dei risultati, efficienza e disponibilità al cambiamento.

Tutto parte dal PENSIERO CRITICO, ovvero ragionamento e analisi critica continua che riguarda tutti i professionisti che interagiscono con le persone, cercando di trattare e risolvere i problemi e garantire lo stato di benessere. Sono i dubbi che possono comparire che devono spingere il professionista ad andare a ricercar e in letteratura delle conoscenze per risolvere delle problematiche della persona. Ricercare conoscenza laddove la ricerca è già stata creata, qualcosa per cui ci sono già prove di efficacia da portare sul lavoro.

Le peculiarità sono:

- l'agevolare i processi decisionali fornendo al professionista conoscenze scientifiche dimostrate e accertate;
- stimolare il professionista a trasformare i dubbi in quesiti clinici rilevanti
- favorisce la verifica periodica di revisioni sistematiche e linee guida in base a studi empirici qualitativi e quantitativi

- aiutare il professionista a reperire e organizzare, e verificare i risultati scientifici, valutandoli per la loro rilevanza a livello clinico.

Definizione del problema riflettendo sul problema riscontrato nella pratica si identificano le aree di incertezza.

Conversione in quesiti clinici ben definiti (sistemi PICO: Paziente, Intervento, Controllo, Outcome) delle aree di incertezza riscontrate, tenendo anche in considerazione l'eventualità che il problema possa essere di tipo interdisciplinare e multiprofessionale.

Ricerca della letteratura: tramite le banche dati si procede con la ricerca di lavori scientifici in base alla gerarchia delle evidenze.

Valutazione critica della letteratura: si valutano gli studi reperiti, in particolar modo tenendo conto di: qualità metodologica, consistenza, precisione dei risultati.

Integrazione nella pratica clinica. si procede con l'integrazione tra le nuove conoscenze scientifiche apprese, le esperienze proprie, quelle del gruppo professionali, le esigenze/preferenze dei pazienti e il particolare contesto organizzativi.

Rivalutazione. si procede alla rivalutazione continua della performance assistenziale.

Critiche dell'EBN e EBM

- rischio di attenuare la spiegazione come base della decisione clinica. Capire come l'evento può evolvere e portare ad una modifica dello stato della persona;
- attenzione ai metodi di ricerca delle informazioni in letteratura;
- rischio di una visione riduzionistica dell'agire infermieristico e medico.

Per ovviare alle critiche mosse, Fleming introdusse il concetto di "saggezza pratica", come un orientamento alternativo alla pratica infermieristica, secondo il quale la comprensione della persona come preconditione all'individuazione dell'azione appropriata per il soddisfacimento dei suoi bisogni. Ci deve essere conoscenza della ricerca scientifica, ma sempre accompagnata alla critica e all'esperienza.

EBCP → "L'Evidence - Based Clinical Practice, cioè un approccio alla pratica sanitaria basata sulle evidenze scientifiche e che portano ad ogni decisione nella gestione del paziente, la forza delle prove di efficacia, i benefici ed i rischi delle alternative di gestione e il ruolo dei valori e delle preferenze dei pazienti nella scelta rispetto a quei benefici e rischi".

Qualità dell'assistenza infermieristica

Donabedian, nel 1990, la definisce come "Il rapporto tra i miglioramenti di salute attenuati e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili".

Palmer la definisce come "La capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza".

Le caratteristiche per un'assistenza di qualità sono:

- **fare** le cose giuste: bisogni della persona; conformità alle norme; rispetto del consenso informato; fare riferimento ai EBM – EBN con appropriatezza, efficacia.
- **fare bene** le cose giuste: ridurre i rischi; garantire la sicurezza con tecnologie e strutture.
- **fare bene** le cose giuste con il **minor spreco** di risorse disponibili; ottimizzare l'uso delle risorse; evitare gli sprechi.

Parametri fondamentali per vedere se l'assistenza è stata di qualità

1. **APPROPRIATEZZA**: pertinenza e congruenza tra la prestazione infermieristica che eroghiamo e gli obiettivi per cui viene effettuata. Delimita le risorse economiche del sistema sanitario nazionale. Congruenza tra la prestazione messa in atto e gli obiettivi.
2. **EFFICACIA**: confronto tra i risultati finali raggiunti e gli obiettivi infermieristici fissati (più essere di Attesa e Pratica). Confronto tra le caratteristiche della prestazione e i motivi per cui viene effettuata. usata per la valutazione della prestazione erogata e per un'analisi finale complessiva. Confronto tra i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati.
3. **EFFICIENZA**: confronto tra risultati raggiunti e risorse impiegate, per poter svolgere gli interventi infermieristici.

EFFICACIA VS EFFICIENZA

3 strumenti concettuali

Criterio: variabile da osservare per formulare un giudizio sulla qualità dell'assistenza (valido, affidabile, sensibile, applicabile, misurabile). Esempio: utilizzo di procedure idonee, informazione al pz su comportamenti a rischio

Indicatore: espressione empirica del criterio (specifica per determinata situazione, si esito, di struttura, di processo). Esempio: infezioni vescicali da CV.

Standard: valore di riferimento a cui rapportare l'indicatore (generale o specifici). Esempio: valore standard < 2% (inf da CV)

Altri elementi essenziali da considerare

- competenza tecnica (applicazione di conoscenze scientifiche, abilità professionali e tecnologie)
- accettabilità (accettazione ed apprezzamento del servizio ricevuto dalla persona)
- adeguatezza, accessibilità (assicurare cure appropriate a chi ne ha bisogno)
- tempestività (tempo tra la richiesta di aiuto e l'erogazione della prestazione)
- umanizzazione (rispetto della natura bio – fisiologica, psicologica e socioculturale dei bisogni)
- sicurezza (organizzazione e assistenza infermieristica che pone al riparo da possibili rischi o dal produrre danni)

Migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica

1. per garantire la sostenibilità del SSN
2. per migliorare continuamente il livello delle prestazioni infermieristiche
3. per garantire il diritto della persona
4. per valorizzare la propria professionalità
5. per affermare autonomia e responsabilità
 - Assistenza di **QUALITA'** = **PROFESSIONALITA'**

La documentazione infermieristica

Riferimento legislativo 385/1990, art. 57 e art. 135 "... l'adozione della cartella infermieristica è da considerarsi quale parametro per la valutazione della **qualità** dell'assistenza infermieristica ..." (art. 135, comma 6, lettera L)

OGGI ...

- **supporto informativo** dell'attività clinica infermieristica
- **fonte documentaria** di gestione e organizzazione sanitaria

Da "CONSEGNA" a Raccolta **INTEGRALE** della **DOCUMENTAZIONE** dell'intero **PROCESSO INFERMIERISTICO** → Strumento informativo e di documentazione sistematica del processo di **NURSING** → Verso **CARTELLA INTERATA**

Vantaggi	Criticità
Processo di assistenza esplicito	Diversi livelli di professionalità e di formazione
Linguaggio comune ed omogeneo	Elevato turn – over personale
Valutazione della criticità, complessità assistenziale	Maggior impegno richiesti
Propone Int. Infermieristici per ogni D.I.	Utilizzo contemporaneo da parte del medico o dell'infermiere
Garantisce continuità medico – infermiere	Tempi di realizzazione dello strumento lunghi
Fa emergere i bisogni formativi	

Esempio di cartella clinica integrata regione Piemonte

OBT: creare uno strumento di lavoro semplice, uniforme tra le strutture di ricovero che integri le diverse competenze professionali nel percorso clinico – assistenziale e permetta di fornire una documentazione completa, tracciabile, pertinente e veritiera.

- favorire approccio multidisciplinare ai problemi di salute e alla pianificazione delle attività;
- migliorare la trasparenza degli atti medici e infermieristici;
- ridurre la possibilità di errori (gestione rischio clinico);
- ottimizzare il tempo/lavoro per altre attività.

Metodi: identificazione del gruppo di lavoro, analisi della letteratura, valutazione della documentazione esistente, sperimentazione e revisione del nuovo modello di CSI.

Risultati: modello di CSI unico a tutte le strutture di ricovero costruito da moduli, sezioni e schede in grado di seguire il percorso clinico – assistenziale. Alla dimissione i diversi moduli vengono assemblati per comporre la CSI pronta all'archiviazione.

Novità: frontespizio di archiviazione privo dei dati sensibili, check – list per la verifica dei documenti, check – list di chiusura della cartella e moduli di integrazione all'anamnesi, accertamento e pianificazione assistenziale.

Limiti. necessità di affiancamento con vecchi modelli di cartella.

“La Documentazione Infermieristica, secondo Rodriguez, la possiamo identificare come “La rappresentazione degli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni”.

Responsabilità infermieristica: giuridica, professionale, deontologica – etica.

Responsabilità giuridica della D.I.

Rispondere del proprio operato davanti ad un giudice.

La D.I. è uno **STRUMENTO – DOCUMENTO**: Operativo, Preventivo, Probatorio, Obbligatorio.

Serve all'infermiere per “documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta” (Cassazione, V sez., 25 – 09 – 1980).

I principali illeciti:

- ✓ falso materiale (artt. 476, 477 e 485 c.p.) (contraffazione documentabile, alterazioni, cancellature, aggiunte successive)
- ✓ falso ideologico (artt. 479, 480 e 481 c.p.) (si attestano come autentici fatti non veri)
- ✓ truffa (artt. 640 e 640 bis c.p.)
- ✓ violazione della privacy (o meglio le inosservanze al Codice Privacy DLGS 196/2003)
- ✓ violazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) (art. 27 CDI 2019)

Criteria guida per una corretta gestione

- **tracciabilità**: tenere traccia dei dati inerenti gli atti compiuti
- **chiarezza**: riguarda sia la grafia che l'esposizione
- **accuratezza e appropriatezza**: percorso di accertamento eseguito, iter clinico – assistenziale
- **veridicità**: dati riguardanti elementi oggettivi riportati secondo verità
- **attualità**: gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi, o nell'immediato seguito
- **pertinenza**: dati pertinenti, completi e non accedenti rispetto alle finalità (DLGS 196/2003, Codice della Privacy)

- **completezza:** (alla chiusura del ricovero) deve contenere tutti i documenti costitutivi suoi propri

Responsabilità professionale

L'infermiere segue il DM 739/1994 secondo il quale l'infermiere, nella cartella, documenta il processo di assistenza, in particolare la pianificazione dell'assistenza infermieristica.

Consolida il ruolo professionale; diritto – dovere come professione autonoma; richiede competenza; conoscenza delle teorie del Nursing e della metodologia infermieristica.

CRITICITA': inadeguatezza, incompletezza, inappropriata.

Cartella elettronica → strumento evolutivo; insieme di percorsi e relazioni; la persona al centro delle attività di osservazione, analisi, valutazione dei dati che i sanitari registrano, condividono, governano.

Responsabilità deontologica

Codice deontologico 2019, 53 articoli in 8 capi.

Articolo 19 "... raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente".

Articolo 33 "l'infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico".

Rispetto dei diritti e della dignità → competenza e cooperazione → fedeltà: rapporto di fiducia tra infermiere e persona assistita → sincerità: dire la verità è un compito complesso che deve essere gestito.

Gli strumenti organizzativi dichiarati dell'infermieristica

Dalla Diagnosi medica alle **DIAGNOSI INFERMIERISTICHE**

DM 739/94 Art. 3 "... partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica, pianifica gestisce e valuta l'intervento assistenziale ..."

Dall'attuazione di prescrizioni mediche ai **PERCORSI ASSISTENZIALI**

L. 251/2000 Art. 1 "... metodologie di pianificazione per obiettivi, criteri di esito dell'assistenza ... diretta responsabilità e gestione delle attività ..."

Da compiti e tecniche ai **RISULTATI DELL'ASSISTENZA - NOC**

Generalista **STRUMENTI DICHIARATIVI ORGANIZZATIVI** Avanzata – specialistica → Mission – Job description – Istruzione – Operativa

Mission

Da missus (mittere: mandato)

Per Santullo “Esprimere la direzione verso la quale procedere, i valori di riferimento, l’identità dell’organizzazione”.

Per D’Addio “Documento scritto sintetico che dichiara gli obiettivi che si perseguiranno: ha valore di impegno/patto con una serie di interlocutori”.

Per Calamandrei “Indica la ragione d’essere dei servizi, le finalità che si propone, i bisogni che intende soddisfare, le caratteristiche distintive”.

Mission infermiere – L’infermiere è il professionista sanitario primo responsabile dell’assistenza. Svolge con autonomia professionale attività di promozione, prevenzione, riabilitazione, cura e assistenza per la salute individuale e collettiva.

Job description

Descrizione della posizione

- è un elenco di tutte le responsabilità, i requisiti e le qualifiche necessarie per una specifica posizione
- specifica una serie di elementi relativi a uno scopo e i risultati che sono richiesti al titolare di ciascuna posizione
- può contenere competenze generali o specifiche di un determinato ambito di azione dell’infermiere
- per Santullo “... successione strutturata di attività, tra loro correlate, che coinvolge diverse competenze e funzioni, sia di tipo sanitario che amministrativo, generando un risultato, un servizio che ha valore per chi lo riceve ...”

Istruzione operativa

Le Istruzioni Operative (IO) sono documenti che descrivono dettagliatamente un’attività con l’obiettivo di mettere tutti i professionisti nella condizione di eseguirla allo stesso modo.

Rappresentano la minuziosa descrizione del “come” deve essere realizzata un’attività; l’I.O. è fortemente orientata alle attività, le condiziona e ne costituisce un vero e proprio vincolo per quanto riguarda la loro esecuzione.

OBT. standardizzazione dei comportamenti che avviene mediante la stesura di una successione logica di azioni, definite affinché si dia vita a modalità tecniche ottimali, sia che si tratti dell’uso di un’apparecchiatura o di uno strumento, sia che si tratti di un’attività prettamente assistenziale.

Le PROCEDURE chiariscono il processo, le IO chiariscono le singole attività.

Titolo, scopo/obiettivo, campo di applicazione, responsabilità, sequenza dettagliata e descrittiva delle attività (contenuto), riferimenti (in particolare a principi tecnici e normative), definizioni, allegati.