



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

TAVOLA ROTONDA

MODELLI ASSISTENZIALI: DALLA CURA PER ACUTI ALLA CRONICITÀ

Strumenti per l'organizzazione del luogo di cura

Instruments for the nursing organization

A. BANDINI, D. ACCORSI, P. CHIARI, S. FONTANA, P. TADDIA

DDSI, Servizio Infermieristico e Tecnico, Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi"

Aim of this lecture is to analyse nursing organization: in particular Authors suggest how to document the nursing process. Authors analyze three instruments (guide line, nursing records, protocols) using problem solving process steps

Key words: Guideline • Nursing records • Protocols

Introduzione

In ambito sanitario, in questi anni, numerosi sono stati i cambiamenti, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo, ma il cambiamento, a nostro avviso più evidente, è rappresentato dalla diversa ottica con cui si osserva e si assiste la persona. La persona assistita, infatti, viene vista non solo rispetto ai suoi bisogni clinici e funzionali, ma anche rispetto a quelli psico-sociali, e questo è evidente soprattutto in ambito pediatrico, geriatrico, oncologico, ecc. L'ottica con cui guardiamo all'uomo bisognosi di assistenza diventa molto più vasta e completa. Se consideriamo la persona anziana, soggetto di questo convegno, possiamo individuare come l'orizzonte assistenziale infermieristico si sia ampliato. Non ci si attiene unicamente a quanto può essere "offerto" all'interno della singola Unità operativa, ma anche a ciò che, superata la fase acuta, può essere rispondente alle sue necessità. Oggi il ventaglio di offerte assistenziali per l'anziano, sia all'interno dell'ospedale che sul territorio, sono notevolmente aumentate. Nel caso in cui non sia possibile una dimissione al domicilio, è prevista la collocazione in un'area definita di post-acuzie¹, piuttosto che il ricorso ad una dimissione protetta (Assistenza Domiciliare, Lungodegenza, RSA). Questo approccio, relativamente nuovo nel nostro sistema sanitario, richiede la perfetta conoscenza delle condizioni assistenziali del paziente, del supporto familiare che possiede, dei servizi disponibili e delle rela-

¹ Direttiva Regionale n. 1455 nel 1997 emanata dalla Giunta della regione Emilia Romagna "Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e Riabilitazione estensiva, nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna" a seguito della quale sono stati istituiti i reparti di post acuti a riabilitazione intensiva.

■ Corrispondenza: dott.ssa Anna Bandini, Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna, Italy - Tel. +39 051 6363910 - E-mail: abandini@orsola-malpighi.med.unibo.it



tive modalità di attivazione. È proprio in virtù di questi elementi che in questi anni, a livello ospedaliero, ci si è concentrati sulla individuazione di percorsi ad hoc per il paziente, nella messa a punto di modelli organizzativi più consoni alle mutate esigenze del cittadino, nella realizzazione di una più completa documentazione infermieristica e nella individuazione di indicatori che potessero valutare l'assistenza infermieristica ed i suoi risultati.

Tutti questi elementi, in parte a maggior valenza organizzativo ed in parte clinica, sono realizzati con il costante coinvolgimento attivo di infermieri e coordinatori.

La relazione considererà ora gli strumenti che guidano e documentano il processo assistenziale, in quanto riteniamo siano, ancora oggi, gli elementi deboli della organizzazione del luogo di cura e che, allo stesso tempo, rappresentano il punto di forza che ogni organizzazione dovrebbe possedere.

Gli elementi che vogliamo trattare come strumenti cardine dell'assistenza sono le linee guida, i protocolli assistenziali e la cartella infermieristica.

Linee guida

Iniziamo col fornire alcune definizioni.

- "Il comportamento umano è governato da regole. Quando non esplicitate, agiscono nella forma di atteggiamenti, di aspettative e di pregiudizi in grado di condizionare la scelta dei mezzi in vista dei fini. Le Linee Guida nascono dall'esigenza di esplicitare tali regole in ambito clinico e sanitario" (Anchisi, Gambotto Dessy, 2001).
- Le linee guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche circostanze cliniche"².

Le linee guida hanno quindi lo scopo di fornire le raccomandazioni più aggiornate, basate sulle evidenze scientifiche e sul consenso di un team multiprofessionale, per la valutazione e gestione dei problemi dei pazienti. Il ruolo e le competenze dei singoli professionisti vengono definite in base al contesto in cui le linee guida si applicheranno.

Nell'ambito della nostra realtà ospedaliera ed, in particolare modo per quanto riguarda il paziente

anziano, sono state elaborate due linee guida, quelle sulla prevenzione delle cadute (in corso di emanazione) e quelle sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

PROTOCOLLI

Il protocollo assistenziale è un documento di procedura formale che riguarda una condizione clinico-assistenziale.

Il protocollo indica uno schema di comportamento diagnostico, terapeutico o assistenziale predefinito. Si riferisce ad una sequenza prescrittiva di comportamenti ben definiti. È uno strumento rigido che indica i comportamenti ritenuti ottimali; non costituisce un supporto per le decisioni cliniche e non è il risultato di un percorso sistematico di analisi dei processi decisionali.

Tuttavia il protocollo non deve essere considerato uno strumento statico, ma dinamico e soggetto a continue trasformazioni, anche in riferimento alle migliori evidenze scientifiche. Pertanto i protocolli vanno periodicamente aggiornati.

Per quanto riguarda il paziente anziano, possiamo indicare alcuni esempi di protocolli che usiamo abitualmente nelle nostre strutture di ricovero:

- 1) protocollo per la gestione del catetere vescicale;
- 2) protocollo per la gestione del cavo orale;
- 3) protocollo per l'ossigenoterapia.

La distinzione fra protocolli e linee guida cliniche riguarda la quantità e la qualità di informazioni operative che l'uno e le altre contengono. Le linee guida offrono un'ampia definizione della buona pratica professionale, in genere senza correlazione con i dettagli operativi, mentre i protocolli sono assai più limitati e trattano in genere un solo aspetto dell'assistenza ma ne descrivono l'adattamento ad uno specifico contesto.

I protocolli sono prescrittivi e vincolanti; spesso nascono come adattamento locale di parti di una linea guida e si arricchiscono di connotati operativi. Le linee guida e i protocolli condividono l'obiettivo di ridurre la variabilità dei comportamenti ingiustificati tra gli operatori.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo profes-

² Institute for Medicine 1992 Guidelines for clinical practice: from development to use. National Academic Press, Washington, DC.

sionale dell'infermiere; consente di documentare le diverse fasi del processo di assistenza infermieristica, trasmette le informazioni fra gli operatori allo scopo di migliorare la conoscenza del paziente; documenta, inoltre, quali siano i problemi della persona, che interventi vengono decisi, quali e quanti di essi sono stati realizzati e quali risultati si siano raggiunti.

Partendo dal concetto che la cartella è uno strumento di supporto al processo assistenziale, nella sua strutturazione devono essere tenuti in considerazione due requisiti principali:

1. deve fare riferimento a uno o più modelli teorici espliciti e condivisi;
2. deve comprendere tutte le fasi del processo: accertamento; pianificazione dell'assistenza; attuazione degli interventi; valutazione.

Le motivazioni che sostengono l'utilizzo della cartella infermieristica sono:

- *professionali*. Legate alla presa di coscienza professionale ed alla visione di un diverso approccio assistenziale, maggiormente rivolte all'uomo come soggetto bio-psico-sociale. Ma anche un maggior coinvolgimento dei singoli professionisti ed una maggiore soddisfazione lavorativa;
- *organizzative*. Quali la continuità dell'assistenza (pianificazione), l'abolizione del lavoro per compiti e la creazione di una assistenza più personalizzata, la valutazione della qualità dell'assistenza erogata, la presenza di documentazione sistematica e mantenuta aggiornata;
- *scientifiche*. In quanto, attraverso l'analisi retrospettiva dei dati, è possibile disporre di raccolte dati utili per effettuare ricerche;
- *medico-legali*. Documentare il lavoro svolto dai professionisti dell'assistenza in modo oggettivo (sottostà a tutte le regole della documentazione sanitaria).

L'utilizzo della cartella infermieristica permette di promuovere:

- la definizione di obiettivi comuni per l'équipe, attraverso i quali si può ottenere una migliore coesione tra le persone che compongono il gruppo;
- un dialogo ed un ascolto costante della persona assistita;
- una migliore integrazione con il personale medico e le altre figure sanitarie specializzate che sono coinvolte nella cura dei pazienti;
- una differente organizzazione dell'assistenza infermieristica, con la conseguente continuità delle cure prestate sulle 24 ore e la loro visione complessiva;

- le attività di ricerca infermieristica;
- di favorire la maggiore integrazione ed il coinvolgimento del personale in formazione.

La cartella infermieristica si utilizza ovunque vi sia necessità di applicare il processo di assistenza infermieristica, in maniera efficiente e concreta; nelle situazioni in cui il paziente è da gestire in maniera continuativa ed approfondita, in quanto le attività di valutazione delle varie problematiche e gli interventi conseguenti debbono essere comunque presenti. In sintesi, la cartella infermieristica è da utilizzare dove esiste la continuità assistenziale e l'applicazione del processo infermieristico.

Fasi del processo di assistenza e principali strumenti

Ripercorriamo insieme le diverse fasi del processo di assistenza infermieristica, collegandole con gli strumenti che permettono di renderle visibile.

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

L'accertamento infermieristico è la fase del processo di assistenza infermieristica che consente di raccogliere le informazioni della persona assistita, per individuare i suoi problemi e le motivazioni che vi sono alla base; mira, quindi, a definire quale è la situazione attuale della persona.

Lo strumento necessario per questa fase è la cartella infermieristica, in particolare *le schede di accertamento infermieristico* e le diverse scale di misura dei problemi assistenziali, che aiutano i professionisti a valutare i bisogni e problemi che il paziente presenta all'atto del ricovero e disporre di un inquadramento della situazione generale del paziente.

PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

La pianificazione è la parte del processo assistenziale che definisce le modalità di risposta ai bisogni di assistenza specifici di ogni paziente o di ogni tipologia di paziente. Lo strumento necessario per questa fase è sempre la cartella infermieristica, in particolare *le schede di pianificazione infermieristica*, che aiutano i professionisti a descrivere ciò che deve essere previsto ed attuato per assistere la persona. Deve comprendere le finalità e gli obiettivi assistenziali da raggiungere, le priorità ed i mezzi per risolvere i problemi reali o potenziali e porre le basi per la valutazione. Questa fase prevede un più ampio collegamento con *linee guida e protocolli* che la fase precedente. Anche questi documentano e formalizzano l'operato infermieristico.

Nelle unità operative che operano con ridotta standardizzazione e necessitano di elevata personalizzazione dell'assistenza si sono diffuse due modalità di ricorso agli strumenti di pianificazione:

- da una parte l'uso di pianificazioni ad hoc, realizzate sulla base degli specifici problemi individuati sul paziente, con la descrizione dell'obiettivo e dei progressi/regressi del paziente nel tempo;
- dall'altra il ricorso a liste di problemi o diagnosi infermieristiche realizzate sulla base delle esperienze maturate dall'unità operativa stessa.

ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA

L'attuazione dell'assistenza richiede uno specifico spazio nell'ambito della cartella infermieristica, in quanto occorre documentare sia la realizzazione degli interventi assistenziali che la valutazione in progress dei problemi del paziente e le relative modificazioni, nonché l'effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici. Lo strumento per documentare questa parte del processo di assistenza infermieristica è il *diario infermieristico* compilabile sia in forma libera che in forma strutturata.

A seconda delle esigenze diagnostico-terapeutiche delle unità operative si fa ricorso all'utilizzo di ulteriori strumenti assistenziali, quali le *schede tecniche/accessorie* per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi od osservazioni, in questo caso il collegamento a protocolli è imprescindibile e diretto. Alcuni esempi possono essere i seguenti: scheda di terapia; scheda per la gestione degli esami diagnostici; scheda per il rilievo dei parametri vitali; scheda per la gestione del paziente diabetico; scheda per la definizione del bilancio idrico; scheda dietetica; scheda per la registrazione delle medicazioni; scheda per la registrazione dei drenaggi.

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA

Per quanto riguarda la fase di valutazione dell'assistenza infermieristica, è necessario fare riferimento a due diverse tipologie:

- la *valutazione continua*: ha lo scopo di verificare che ogni precedente fase del processo sia avvenuta secondo le modalità previste e permette di adattare continuamente l'attività assistenziale alle esigenze della persona, modificando quelle prestazioni che non sono più pertinenti o corrette. La valutazione continua nel-

l'ambito della cartella infermieristica si inserisce all'interno della fase di attuazione dell'assistenza, quindi nel diario infermieristico;

- la *valutazione finale*: ha lo scopo di stimare i risultati dell'assistenza erogata alla persona assistita. Tale valutazione si concretizza nel rapporto tra obiettivi pianificati e risultati ottenuti. La valutazione finale può essere formalizzata in apposita scheda di pianificazione se contempla anche la valutazione finale o in scheda apposita.

Il Progetto documentazione infermieristica all'interno dell'Azienda Ospedaliera Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna

IL CONTESTO

L'Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico "S. Orsola-Malpighi", si caratterizza per la vocazione polispecialistica e l'integrazione ad alto livello qualitativo tra assistenza, didattica e ricerca in quanto Azienda produttrice di prestazioni sanitarie all'interno della rete dei servizi³. Consta di 1.746 posti letto⁴ di cui 500 di area internistico geriatrica, Post-Acuti e Riabilitazione Estensiva, e di Riabilitazione Estensiva. Risulta quindi evidente che il contesto in cui operiamo è complesso, anche in virtù dell'ampiezza dell'Azienda.

IL PROGETTO AZIENDALE SULLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

In aderenza al tema della relazione desideriamo condividere il percorso inerente la documentazione infermieristica che è iniziato dal 1999 ed è oggi in via di completamento.

Nel 1999, i risultati di un questionario, somministrato a tutte le Unità operative con lo scopo di effettuare una "fotografia" sullo stato dell'arte relativo alla documentazione infermieristica, ha evidenziato la necessità di uniformare e migliorare la documentazione esistente. Servivano in prima istanza delle linee di indirizzo ed è per questo che nel 1999 sono state prodotte ed elaborate le Linee Guida sulla documentazione infermieristica, tale documento, approvato nell'ambito di una conferenza di consenso, è stato diffuso a livello Aziendale.

Nel 2000 si è costituito un gruppo di progetto Aziendale che ha condiviso l'obiettivo di costruire una cartella utile a documentare i bisogni assistenziali dei pazienti e le risposte che il personale infermieristico fornisce.

³ Politica Aziendale Policlinico "S. Orsola Malpighi" anno 2004.

⁴ Carta dei Servizi Policlinico "S. Orsola Malpighi" anno 2004.

Si è partiti dalla convinzione che non possa esistere un'unica cartella infermieristica per tutto l'ospedale, ma che possono essere individuate molte schede di impostazione comune per guidare e documentare le diverse fasi dell'assistenza. Queste schede una volta scelte, rispetto alle caratteristiche del paziente e all'organizzazione assistenziale, possono essere raggruppate per costituire la documentazione infermieristica dell'Azienda Ospedaliera di Bologna.

Nella sua strutturazione sono stati tenuti in considerazione due principi:

- garantire l'aderenza alla grande variabilità che la casistica clinica presenta ed in particolare alle diverse intensità assistenziali delle persone assistite;
- consentire di non perdere la ricchezza che la realtà possiede e che può essere raccolta solo a fatica in una struttura predefinita.

LE RISORSE

Abbiamo fatto ricorso solo a risorse interne, individuando due "referenti della documentazione" per ogni unità operativa e due coordinatori per dipartimento.

In ogni gruppo di lavoro dipartimentale si sono confrontate le diverse esperienze e si è creato un movimento di crescita comune.

I professionisti che hanno partecipato al progetto hanno ottenuto: una forma di incentivazione economica, il riconoscimento della partecipazione al progetto aziendale nonché la realizzazione ad applicazione dei documenti elaborati.

I RISULTATI

Gli strumenti elaborati sono:

- la scheda di raccolta dati aziendale, differenziata per l'adulto e per il bambino;
- le 24 schede di accertamento infermieristico per dipartimento/unità operativa;
- la scheda di ricoveri plurimi è utilizzabile per i pazienti che necessitano di più ricoveri nello stesso reparto in tempi ravvicinati, come ad esempio nei cicli di trattamento chemioterapico;
- le 8 schede per Day Hospital: angiologico, internistico, dermatologico, medicina fisica, pediatrico, radio-oncologico, oncologico ed ematologico;
- le schede per la Day Surgery e One Day Surgery per lo scambio di informazioni fra reparto e sala operatoria;
- le schede di pianificazione per l'adulto;
- le schede di pianificazione per il bambino;

- la scheda infermieristica di trasferimento, differenziata per l'adulto e per il bambino e neonato.

La *scheda di accertamento* è costituita da due schede:

1. Scheda Aziendale per l'adulto e per il bambino. Questa scheda è uguale in tutta l'Azienda e consente la raccolta degli elementi utili al fine di inquadrare in modo veloce e sicuro il paziente relativamente a: dati anagrafici, diagnosi d'entrata, motivi del ricovero, patologie pregresse, anamnesi farmacologica, allergie, ecc.

Sono presenti inoltre scale di valutazione che consentono all'infermiere di poter misurare e identificare sul paziente, in fase di accettazione, i rischi, il grado di dipendenza e i bisogni specifici. Le scale di valutazione in oggetto sono: la scala di Barthel (valuta la capacità funzionali del paziente), la scala di Braden (valuta il rischio di sviluppare decubiti da parte del paziente), la scala di Glasgow (valuta la gravità del trauma cranico e la compromissione del livello di coscienza del paziente).

2. Quella di Accertamento Infermieristico Dipartimentale -_Unità Operativa. Permette di documentare le condizioni del paziente attraverso la valutazione delle attività di vita, secondo la Teoria Infermieristica delle Attività di Vita di Nancy Roper.

È rappresentata da una serie di voci standardizzate ed altre libere per consentire all'infermiere di registrare tutte le informazioni che raccoglie dal paziente. Alcune Unità Operative, data la disomogeneità delle caratteristiche dei pazienti che afferiscono al Dipartimento, hanno prodotto schede diversificate a seconda delle peculiarità dell'Unità Operativa.

La *scheda di pianificazione* comprende l'identificazione dei problemi assistenziali (o diagnosi infermieristiche), le finalità da raggiungere, i mezzi e metodi per risolvere i problemi reali/potenziati e pone le basi per la valutazione.

Sono state definite delle schede di pianificazione dell'assistenza ricorrendo a diagnosi infermieristiche in parte codificate, valide per tutto l'Ospedale, e in parte libere, mantenendo la specificità dei Dipartimenti/Unità Operative.

Sono caratterizzate da uniformità di impostazione e vincolate ad alcune forme che consentono diversi livelli di standardizzazione/personalizzazione e che ogni Unità Operativa può definire il proprio modello tenuto conto della propria specificità ed esperienza.

Le diagnosi infermieristiche aziendali sono state

elaborate con l'obiettivo di utilizzare un pensiero comune tra i professionisti nonché una metodologia omogenea di approccio al paziente; questo processo ha inoltre facilitato i professionisti alla loro adozione in azienda. A completamento delle diagnosi infermieristiche aziendali, queste sono state integrate da diagnosi infermieristiche specifiche di Unità Operativa.

La *scheda di trasferimento* nata come necessità di trasmettere dall'Unità Operativa dimissionaria all'Unità Operativa ricevente (può essere anche il territorio), le informazioni infermieristiche e non relative al paziente preso in carico.

L'obiettivo di questa relazione è di analizzare i principali strumenti per l'organizzazione assistenziale infermieristica.

Data la vastità dell'argomento e la complessità dell'organizzazione si intende focalizzare l'attenzione, in modo particolare, sugli strumenti che organizzano e documentano il processo assisten-

Conclusioni

Il percorso fin qui delineato è frutto della collaborazione di Infermieri e Coordinatori delle Unità Operative delle Aziende. Ha permesso, in prima istanza, di diffondere la logica e gli strumenti dell'accertamento infermieristico in tutto l'ospedale con un tasso di utilizzazione superiore al 90%. Attualmente siamo impegnati nell'adozione della pianificazione assistenziale con diagnosi infermieristiche strutturate in tutti i reparti e, per ora, siamo a circa il 20%, ma siamo fiduciosi perché l'interesse è molto alto, anche se si scontra con livelli di turn over molto alti che non permettono di consolidare l'esperienza. Grazie al costante e prezioso contributo di tutto il personale il progetto progredisce, garantendo una buona continuità della circolarità delle informazioni.

ziale. Utilizzando le fasi del processo di assistenza infermieristica si procederà all'analisi di questi strumenti: linee guida, protocolli e cartella infermieristica.

Parole chiave: Linee guida • Protocolli • Cartella infermieristica