

# Quando gli infermieri fanno la differenza.

Di Luisa Giovannini – GIPD - infermiera servizio dialisi peritoneale Trento

E' nel 1992 che nel mondo sanitario italiano si inizia a parlare di esiti. In Sistema Sanitario Nazionale istituito con legge 833 del 1978 era diventato un sistema molto dispendioso di risorse, in quanto la medicina era diventata fortemente orientata alla moltiplicazione quantitativa e tecnologica delle prestazioni. Per ottimizzare la gestione delle risorse, con la legge 502 del 1992 il Sistema Sanitario Nazionale è diventato un Sistema Aziendale, che doveva e deve rispondere ai requisiti del mercato del lavoro, con notevole attribuzione di responsabilità alle Regioni. La parola chiave che ha guidato il cambiamento è stata: qualità. Lohr et coll. Definiscono la qualità dell'assistenza come "il grado con cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare, a livello individuale e di popolazione, la probabilità di ottenere gli esiti desiderati, in accordo con le migliori evidenze scientifiche. Maggiore è la qualità e maggiore è la probabilità di ottenere gli esiti desiderati. Si inizia a parlare così di qualità delle cure, qualità dei servizi, qualità della salute e qualità della vita. La qualità diventa un criterio di riferimento istituzionale (accreditamento), da perseguire obbligatoriamente in modo istituzionalizzato nelle pratiche di routine per tutti gli attori (persone, ruoli, strutture) della sanità. Nasce l'esigenza di stabilire criteri e modalità operativi di riferimento applicabili per misurare la qualità. Per trasformare la qualità in qualcosa di concreto e poterla misurare abbiamo bisogno di uno strumento, ovvero di un indicatore. L'indicatore deve permettere di misurare se quello che facciamo o i risultati della nostra assistenza sono in linea con standard di riferimento robusti = EVIDENCE BASED PRACTICE-LINEE GUIDA EBP. Standard è il termine di paragone esplicitato. L'indicatore è il rapporto tra osservato e atteso (deve tendere a 100%). Il livello misurato è posto al numeratore, il numero atteso è al denominatore.

## Esistono diverse tipologie di indicatori.

Indicatori di struttura, cioè si ha cosa si ha a disposizione. Comprendono i requisiti STOP: Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, come il numero di infermieri e qualifica professionale, Professionali delle strutture sanitarie previsti dalle normative regionali per l'accreditamento istituzionale. Indicatori di processo, che indicano come vengono fatte le cose. Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, precorsi assistenziali. Vengono definiti «proxy», perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. Tale predittività - definita robustezza - è strettamente correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore.

- Esempio: posizionamento di catetere vescicale, Tempo di attesa del paziente, Adesione al protocollo per il cateterismo vescicale, N° cadute, Modalità di prevenzione delle cadute, Mobilitazione ogni 2 ore del paziente allettato, Frequenza del personale ai corsi di BLS/D, etc.
- Esempi in DP: Tempo che passa per la presa in carico di un paziente con dialisi peritoneale torbida, Adesione al protocollo per la corretta raccolta del liquido peritoneale per le colture, etc.

Indicatori di esito, L'esito è il risultato ottenuto al termine della singola prestazione (es catetere peritoneale ben posizionato) o del processo assistenziale (paziente dimesso, esegue a domicilio la dialisi peritoneale in sicurezza) Gli esiti possono essere a breve, medio e lungo termine. Gli indicatori di esito documentano una modifica degli esiti assistenziali, che possono essere clinici: mortalità, eventi clinici, complicanze, economici: costi sanitari diretti, costi sanitari indiretti, umanistici: sintomi, qualità di vita, stato funzionale, soddisfazione del paziente. Sempre più si parla di esiti, perché...? Gli stakeholder, ossia le parti interessate a questo argomento, sono i professionisti sanitari per orientarsi su specifici outcomes clinici, gli amministratori politici per analizzare i costi e l'allocazione delle risorse, ed i pazienti con i loro familiari, per la sicurezza delle cure, la salute e la soddisfazione. Se riflettiamo rispetto a queste tre figure vediamo che in realtà si tratta di tutta la popolazione.

## Definizioni di esiti

In letteratura vi sono molte definizioni, ne vediamo alcune.

Cambiamenti misurabili nella condizione del paziente, attribuibili alla cura (Donabedian Avedis). Non solo rispetto al paziente, ma anche alla famiglia, care giver, gruppo, comunità. E' un obiettivo per i clinici ed i ricercatori, soggettivo per il paziente e la famiglia (Van Ber Bruggen e Groen). Rappresentano la conseguenza o gli effetti degli interventi erogati e si manifestano con cambiamenti nello stato di salute, nel comportamento, o nella percezione del paziente, e/o con la risoluzione del problema attuale per il quale l'assistenza infermieristica è stata prestata (Doran "Nursing sensitive outcomes").

Gli esiti positivi sono quelli associati al ruolo degli infermieri: risoluzione dei problemi, capacità di gestire la terapia, l'autonomia nelle ADL. Esempi in DP: capacità di gestione a domicilio della dialisi peritoneale, gestione della terapia orale, riconoscimento precoce dei segni e sintomi delle complicanze.

Gli esiti negativi sono associati a: carenza di risorse (< n° inf), e/o gli inf non hanno conoscenze sufficienti (ad es sui farmaci), e/o hanno attitudini errate (ad es rispetto al lavaggio mani). Sono eventi avversi, complicanze, mortalità: Lesioni da decubito, Infezioni (urinarie, respiratorie, delle ferite ch), Cadute dal letto, Reclami, Errori di somministrazione della terapia, Durata della degenza.

Esiti negativi forniscono indicazioni: per le politiche manageriali, di gestione del personale, perché evidenziano gli eventi avversi che possono accadere quando gli infermieri sono in pochi e fa emergere quanto gli infermieri siano necessari per evitarli.

L'esito è legato alla numerosità ed alla competenza dello staff che ha in cura il paziente, come per esempio: tasso di peritoniti, drop out.

Una sfida per l'infermiere è isolare e misurare il **su**o contributo rispetto all'esito, conoscere quanto e in che modo l'atto infermieristico sia in grado di influenzare e modificare l'esito. E' necessario parlare di esiti infermieristici per parlare di QUALITA' dell'assistenza, per valutare l'operato degli infermieri (auto-valutazione), per poter parlare prima di obiettivi. Per avere visibilità verso i manager sanitari, i dirigenti, gli altri operatori, i pazienti, i familiari, l'opinione pubblica. Nasce per questo motivo l'esigenza di definire un set di esiti per Documentare i cambiamenti dello stato dei pazienti che dipendono dall'infermiere, Attivare strategie per migliorare gli esiti con un confronto multicentrico, Focalizzare la preparazione degli studenti, Sviluppare comportamenti di caring fino al raggiungimento dell'esito atteso e Sostenere i direttori dei servizi nella definizione delle risorse necessarie per l'assistenza (raggiungimento esiti/quantità del personale infermieristico).

Per lavorare in modo corretto, al fine di raggiungere gli esiti desiderati, l'infermiere deve attenersi alle linee guida e best practice attuali.

### **Linee guida**

La pratica clinica è influenzata e guidata dalle linee guida che le varie società scientifiche (EBPG/ERA-EDTA, K/DOQI, CARI, CSN, UKRA, KDIGO) pubblicano in base all'evidenza tratta dagli studi clinici secondo una gradualità basata sulla qualità dello studio clinico, quindi elaborate attraverso metanalisi e la revisione sistematica della letteratura. Si possono definire documenti che forniscono raccomandazioni di comportamento clinico, sono ausili nel processo decisionale. Hanno un livello di evidenza (1...4) e so classificano in base alla forza delle raccomandazioni (A...E).

### **Best practice**

In numerosi casi, le evidenze cliniche, su cui dovrebbero basarsi le linee guida, sono assenti o non hanno una forte evidenza. In molti campi della nefrologia e della dialisi peritoneale non si hanno linee guida basate sull'evidenza e ciò spesso implica comportamenti clinici difformi. Il Gruppo di Studio Dialisi Peritoneale (GdS DP) della Società Italiana di Nefrologia (SIN) ha lanciato l'iniziativa di scrivere delle Best Practice (migliore pratica clinica) sugli aspetti fondamentali della dialisi peritoneale che hanno lo scopo di fornire alcune indicazioni sulla migliore conduzione clinica nelle aree critiche della dialisi peritoneale, soprattutto dove non ci sono linee guida basate su un'evidenza forte. Non traggono origine dalla revisione della letteratura, ma dalla pratica.

In seguito alcuni link dove le possiamo trovare:

- <https://snlg.iss.it/?cat=4> (Sistema Nazionale Linee Guida)
- <http://www.evidencebasednursing.it/> Centro EBN Bologna)

- <http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm?List=WsTitoloEvento&c1=6>  
(<http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm?List=WsTitoloEvento&c1=6>)
- <http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm>

### **Esempio di best practice:**

- VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLA MEMBRANA PERITONEALE 17 Luglio 2017 Best-Practice
- EFFETTI CLINICI DELLE SOLUZIONI BIOCOMPATIBILI DI DIALISI PERITONEALE 18 Luglio 2017 Best-Practice
- LE CURE PALLIATIVE NELLE PERSONE CON MALATTIA RENALE AVANZATA. 23 maggio 2016 gruppo di lavoro SIN SICP
- RACCOMANDAZIONI SUL MONITORAGGIO TERAPEUTICO DEI FARMACI IMMUNOSOPPRESSORI NEL TRAPIANTO DI RENE NEGLI ADULTI. Gruppo di Lavoro SIN-SIF-SITO, 28 gennaio 2016

L'importanza che l'infermiere si attenga alle best practice e linee guida è ribadita anche nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

Il codice deontologico è un codice di condotta e di comportamento etico, generalmente avente efficacia normativa, a cui il professionista deve attenersi per l'esercizio della sua professione.

#### **Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento**

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

#### **Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali**

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

### **La raccolta dati come strumento di consapevolezza**

Per poter sostenere il discorso degli esiti è indispensabile che essi vengano documentati, per questo è necessario inevitabilmente procedere con le raccolte dei dati. La raccolta dati relativa agli esiti si riferiscono per esempio a infezioni exit site, peritoniti, telefonate, ricoveri, paz incidenti, paz prevalenti, drop out, educazione terapeutica: training – re training. La documentazione dell'assistenza infermieristica è fondamentale quanto l'assistenza stessa, fa parte di essa, ne è parte integrante, rende esplicito ciò che si fa, si vuole fare e si è fatto. Lo rende visibile ai colleghi e agli interessati, anche dal punto di vista legale. Consente una valutazione dell'assistenza al fine di migliorarla o riorganizzarla (autovalutazione). Garantisce la continuità assistenziale all'interno dello stesso ricovero e di quelli successivi o in diversi contesti di cura, come il domicilio. Attraverso la documentazione si evincono i reali carichi di lavoro, spesso sottointesi ma che occupano il personale in attività prettamente infermieristiche (es. quando spieghiamo a cosa serve un farmaco stiamo svolgendo assistenza infermieristica) e queste dovrebbero essere conteggiate nell'assistenza sul paziente, così da poter distribuire più efficacemente il personale. Il tempo di relazione è tempo di cura! (codice deontologico 2019). Gli strumenti che abbiamo per la documentazione sono vari e diversi, in seguito ne vengono citati alcuni: dai semplici registri cartacei, cartacei/informatizzati, ai sistemi istituzionalizzati, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che è composta in totale 31 items, lettera di dimissione, registri regionali, incident reporting, cartella clinica integrata. Va ribadito anche che ogni professione intellettuale ha come requisito la documentazione del proprio operato.

### **Bibliografia e sitografia:**

1. Gimbenews: Pillole di governo clinico. Vol 2, n 4, aprile 2009
2. [www.evidence.it](http://www.evidence.it) (<http://www.evidence.it>)
3. A Donabedian: "Il Maestro e la margherite. La qualità dell'assistenza sanitaria secondo Avedis Donabedian" a cura di S. Rodella, gennaio 2009, Il Pensiero Scientifico Editore
4. Diane M Doran: "Nursing outcomes. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche" a cura di Loredana Sasso, Mc Grow Editore, 2013

5. Van Der Bruggen, H., & Groen, M. (1997). Patient Outcome. Naar definiering en classificering van resultaten van verpleegkundige zorg. *Verpleegkunde*, 12 (2), 68-81.
  6. Germini Francesco, Vellone Ercole, Venturini Giulia, Alvaro Rosaria. Gli outcomes del nursing: strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica. *Professioni infermieristiche* 2010;63(4):205–210.
  7. <https://snlg.iss.it/?cat=4> (<https://snlg.iss.it/?cat=4>) (Sistema Nazionale Linee Guida)
  8. <http://www.evidencebasednursing.it/> (<http://www.evidencebasednursing.it/>) Centro EBN Bologna
  9. <http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm?List=WsTitoloEvento&c1=6> (<http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm?List=WsTitoloEvento&c1=6>)
  10. <http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm> (<http://www.nephromeet.com/web/eventi/NEPHROMEET/index.cfm>)
- [www.dialisiperitoneale.org](http://www.dialisiperitoneale.org) (<http://www.dialisiperitoneale.org>)