

# LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE AFFETTO DA INSUFFICIENZA RENALE

Alessandra Zampieron (\*)

La professione infermieristica, in qualsiasi contesto venga esercitata, necessita di organizzazione, continuità assistenziale, omogeneità e documentazione delle prestazioni erogate. Per garantire tali livelli di qualità professionale si rende necessario l'utilizzo di strumenti di gestione dell'assistenza. Si tratta di documenti standardizzati e/o personalizzati che definiscono le linee di comportamento degli operatori nell'assistenza a singoli e gruppi. Possono essere classificati in base alla rigidità e alla complessità degli stessi. Gli strumenti più semplici sono le procedure, rigide ed utilizzabili anche da operatori senza livelli di cultura a livello universitario (ad esempio, operatori socio-assistenziali, addetti all'igiene ambientale). Strumenti più complessi sono le linee guida, i protocolli, i percorsi clinici e i piani di assistenza. Questi ultimi richiedono professionalità elevate per essere applicate, in quanto permettono un elevato margine di decisionalità, il quale deve basarsi su conoscenze approfondite.

In questo capitolo si spiegheranno brevemente i seguenti strumenti, con esempi relativi all'assistenza nefrologica, dedicando maggiore attenzione al piano di assistenza, strumento fondamentale di erogazione dell'assistenza infermieristica.

## 4.1. IL PROCESSO DI NURSING E I PIANI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il processo di nursing consiste nell'applicazione delle conoscenze e della teoria alla pratica infermieristica. Può essere definito anche come un approccio sistematico di problem-solving utilizzato nell'assistenza infermieristica individualizzata.

Il termine *processo di nursing* ha iniziato ad essere usato nelle pubblicazioni infermieristiche soprattutto dagli anni Sessanta, ed attualmente è utilizzato nelle sue varie forme in molteplici contesti.

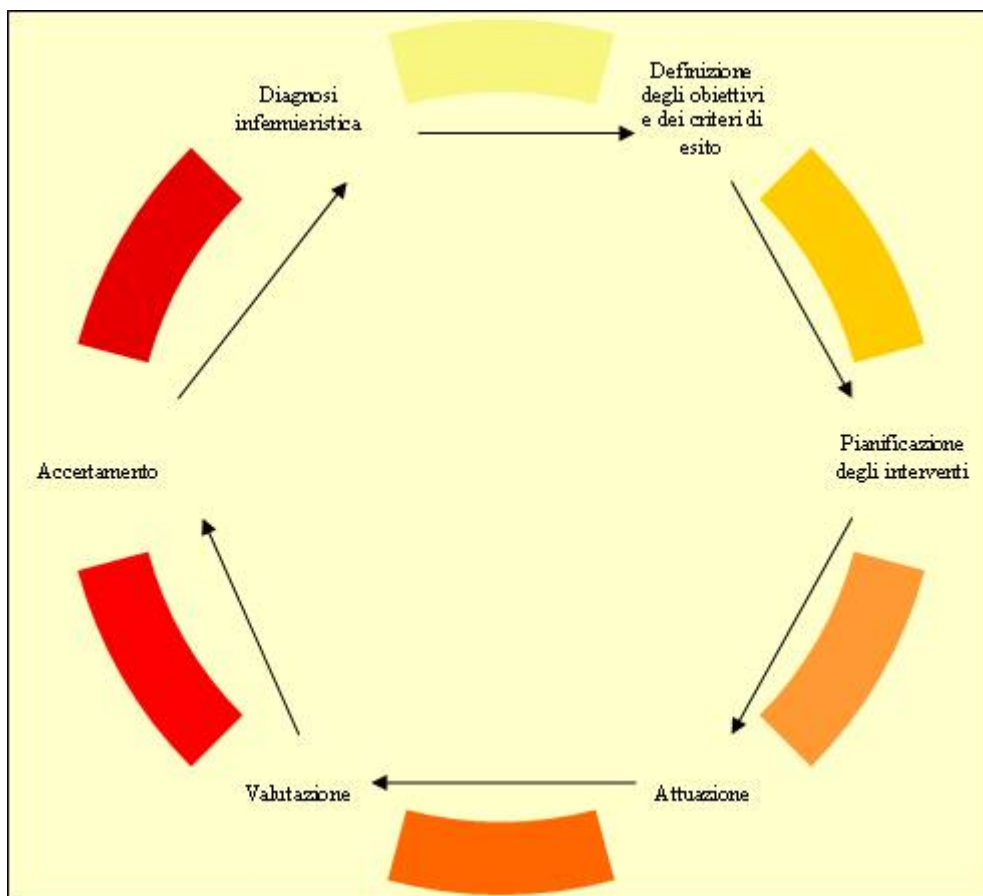
---

(\*) Alessandra Zampieron, membro del Comitato Esecutivo Europeo Edtna-Erca; docente di Nursing e Coordinatore Corso Straordinario di Laurea in Infermieristica Università di Padova

Il processo di nursing ha le seguenti caratteristiche: viene utilizzato per erogare assistenza infermieristica individualizzata al cliente, alle famiglie e alle comunità, in tutto l'arco della vita, in tutti gli ambienti (ospedale, comunità, domicilio). Si tratta di un processo ordinato, sistematico e interdipendente, centrato sul cliente, di cui utilizza i punti di forza.

Per utilizzare il processo di nursing l'infermiere deve possedere conoscenze professionali di base e specifiche, continuamente aggiornate, la capacità di esprimersi correttamente in forma scritta e di ascoltare utenti, altri professionisti, familiari e persone significative.

Il processo di nursing è costituito da sei fasi: accertamento, diagnosi, identificazione degli esiti (*outcomes*), pianificazione, attuazione e valutazione (Fig. 1).



**Fig. 1** Fasi del processo di nursing

#### **4.1.1 Accertamento**

L'accertamento è la raccolta di dati per scopi infermieristici, su individuo, famiglia, o comunità, per identificare problemi di salute reali o potenziali. L'accertamento

infermieristico riguarda specificatamente lo stato di benessere del cliente, le condizioni fisiche e le abilità funzionali. Si suddivide in tre **attività**:

1. raccolta dei dati (processo iniziale di compilazione di informazioni sul cliente) e loro registrazione (su un modello specifico, in forma scritta o computerizzata);
2. validazione dei dati (conferma della loro accuratezza);
3. organizzazione dei dati (in modo ordinato, attraverso dei modelli).

Esistono quattro **tipi di accertamento** in base allo stato clinico del cliente e al tempo disponibile:

1. *Accertamento iniziale (o all'ammissione)*: attuato quando il cliente ha il primo contatto con la struttura sanitaria, generalmente da parte dell'infermiere. Valuta lo stato di salute del cliente, identifica i modelli funzionali di salute problematici, ed offre una base di dati completa. Può essere rimandato in caso di urgenze.
2. *Accertamento mirato*: raccoglie in breve tempo ulteriori dati su un problema già identificato che richiede di un approfondimento.
3. *Riaccertamento*: si esegue dopo l'accertamento iniziale per valutare i cambiamenti nello stato funzionale di salute del cliente, su un problema già identificato. Dopo lunghi periodi può rendersi necessaria una revisione di tutti i modelli funzionali di salute.
4. *Accertamento d'emergenza*: si attua in situazioni di pericolo per la vita, su pochi modelli essenziali di salute.

L'accertamento è attuato ovunque, anche se dovrebbe essere sempre garantito il comfort fisico, offrendo un ambiente tranquillo ed appartato, eventualmente chiedendo alla famiglia e ai visitatori di non essere presenti.

L'accertamento è modificato in base alla situazione del paziente e la sua età. Questo significa che si possono usare metodiche e strumenti diversi, ma che può anche essere cambiata la sequenza di raccolta dati.

Gli infermieri usano diverse **abilità cliniche per l'accertamento**: osservazione, intervista, esame fisico e intuizione. Analizziamole singolarmente:

1. *L'osservazione* è un'attività di base attraverso cui si guarda il paziente, usando i cinque sensi. Si tratta di un'attività continua, che avviene ogni volta che

l'infermiere incontra il cliente. Attraverso la vista l'infermiere può valutare il colore della cute del cliente, il suo stato nutrizionale, la posizione assunta... Con l'olfatto si può identificare la condizione igienica, un'infezione, un'alterazione metabolica (es. chetosi da diabete). Il tatto invece rivela uno stato di edema, una sudorazione da ipotensione...

2. L'*intervista* garantisce la comunicazione fra infermiere e cliente attraverso una serie di domande incentrate sullo stato di salute e le risposte fisiche, psicologiche e sociali ad esso. Generalmente è attuata attraverso l'ausilio di uno schema strutturato, in una o più sessioni, della durata complessiva di 30-60 minuti. Solitamente è suddivisa in quattro fasi: preparatoria (prima del contatto con il cliente), introduttiva (di orientamento fra i due soggetti), di mantenimento (fase reale di raccolta dati) e conclusiva (che sancisce la conclusione del rapporto e la revisione dell'intervista).
3. L'*esame fisico* raccoglie sistematicamente informazioni attraverso i sensi, usando le quattro tecniche classiche: ispezione, palpazione, percussione e auscultazione.
4. L'*intuizione* è l'uso combinato di esperienza clinica, introspezione ed istinto per l'accertamento del cliente, soprattutto da parte di infermieri esperti, quando i dati raccolti non sono chiari o completi (es. intuire che un paziente con PA normale sta per avere un calo ipotensivo durante emodialisi).

Esistono due **tipi di dati**: oggettivi e soggettivi. I dati oggettivi (segni) sono informazioni misurabili o osservabili, ottenuti con i sensi, strumenti, od apparecchiature (es. polso, pressione arteriosa, ossimetria, creatininemia). I dati soggettivi (sintomi) comprendono sentimenti, affermazioni, percezioni del paziente, raccolti soprattutto intervista, e registrati come citazione diretta, fra virgolette (es. "Ogni volta che devo fare dialisi sono nervosa.").

I dati sono raccolti da due **tipi di fonti**: primarie e secondarie. La fonte primaria è il cliente. Se il cliente è confuso, inattendibile o incapace di fornire informazioni si usano le fonti secondarie (familiari, altre persone significative, sanitari, documentazione e letteratura). Le fonti secondarie andrebbero comunque usate per confermare od ampliare le informazioni fornite dal cliente.

Esistono alcuni noti modelli per la raccolta e l'organizzazione dei dati:

1. I *modelli funzionali di salute di M. Gordon* si focalizzano sulle funzioni normali, alterate o a rischio di alterazione del cliente, attraverso 11 modelli applicabili a tutti i tipi di pazienti, di ogni età, in ogni contesto, a singoli-famiglie-comunità (Fig. 2). Tali modelli identificano i punti di forza e oltre a quelli di debolezza del cliente, facilitando l'accertamento di base e il processo diagnostico. Questa autrice si è liberamente ispirata per la creazione di tali modelli alla teoria della gerarchia dei bisogni di A. Ma slow.
2. Il *modello "testa-piedi"* consiste nell'analisi del paziente partendo dalla testa e continuando fino alle dita dei piedi.
3. Il *modello dei sistemi corporei* consiste nell'analisi dei principali organi e sistemi anatomici del cliente.

<b>Modelli</b>	1. Percezione e gestione della salute
	2. fisico Nutrizionale-metabolico
	3. Eliminazione
	4. Attività-esercizio
	5. Sonno-riposo
	6. Cognitivo-percettivo
	7. Percezione di se e concetto di se
	8. Ruolo-relazioni
	9. Sessualità-riproduzione
	10. Coping -tolleranza allo stress
	11. Valori-convinzioni

**Fig. 2** I modelli funzionali di M. Gordon

#### **4.1.2 Diagnosi**

La seconda fase del processo di nursing è la diagnosi delle risposte umane a dei problemi di salute reali o potenziali, attraverso l'analisi dei dati raccolti nell'accertamento, per poter poi selezionare gli interventi infermieristici.

Le diagnosi infermieristiche sono "un giudizio clinico sulle risposte di un individuo, di una famiglia o di una comunità a processi di salute/vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche offrono le basi per selezionare gli interventi infermieristici per

raggiungere gli esiti di cui l'infermiere è responsabile" (NANDA, 2001). La storia delle diagnosi infermieristiche inizia negli anni '20, ma la prima autrice che usò tale termine fu Fry (1953). Successivamente, la creazione della North American Nurses Diagnoses Association, iniziata da Gebbie e Lavin, a partire dal 1973 stimolò la loro evoluzione.

Attualmente, la più importante tassonomia di diagnosi infermieristiche è proprio quella della NANDA, la quale permette di ordinare informazioni complesse. La tassonomia 2003-2004 è costituita da 167 diagnosi infermieristiche, frutto di un continuo aggiornamento. Un altro sistema di classificazioni di diagnosi infermieristiche è il Nursing Diagnosis Extension and Classification (NDEC) dell'Iowa University, creato in collaborazione con la NANDA.

Le diagnosi infermieristiche devono essere distinte dalle diagnosi mediche (malattie di organi o apparati che la terapia cerca di correggere/prevenire) e dai problemi collaborativi, definibili come complicanze fisiologiche, reali o potenziali, derivanti da malattie, traumi, trattamenti o studi diagnostici in cui gli infermieri intervengono in collaborazione con altre discipline (Carpenito, 2002).

Le **componenti delle diagnosi infermieristiche** sono:

1. *Titolo della diagnosi*: nome breve attribuito ad un problema (es. Mancanza di speranza, Compromissione della mobilità, Ansia, Deficit nella cura di sé, Compromissione dell'integrità tissutale...).
2. *Descrittori*: parole usate per specificare meglio la diagnosi infermieristica (es. inefficace, squilibrato, carente...).
3. *Definizione*: breve descrizione del problema sintetizzata in due o tre righe.
4. *Caratteristiche definenti*: segni e sintomi che confermano la presenza di una diagnosi reale (tachicardia, desquamazione, agitazione...)
5. *Fattori di rischio*: fattori che aumentano la sensibilità di un cliente ad una situazione anomala. (es. immobilità, età estreme).
6. *Fattori correlati*: cause di un problema su cui l'infermiere può agire (immobilità, deficit di conoscenze...). Non vanno confuse con la secondarietà (causa medica).

Nel caso dei problemi collaborativi la formulazione avviene sempre premettendo il titolo alla sigla CP (Complicanza Potenziale). Ad esempio: CP Ipovolemia, CP Insufficienza renale acuta, CP Bilancio azotato negativo. Secondo Linda Carpenito i

termini “complicanza potenziale” e “problema collaborativo” hanno lo stesso significato. Nancy Holloway invece li usa in modo differenziato: CP indica le situazioni a gestione collaborativa per cui il paziente è solamente a rischio, mentre PC (Problema Collaborativi) indica le situazioni che sono già presenti. Ad esempio, per un cliente affetto da diabete mellito di tipo I, con glicemia compensata nella norma si può usare il titolo CP: Ipoglicemia/Iperglicemia. Se invece il cliente ha una glicemia altalenante nel corso della giornata è più corretto usare il titolo PC: Ipoglicemia/Iperglicemia. Nella formulazione dei problemi collaborativi non è generalmente necessario utilizzare la correlazione, a parte alcuni casi particolari (es. se un paziente non affetto da diabete presenta uno stato di iperglicemia è importante definirne la causa, PC: Iperglicemia correlata all’assunzione di cortisone). Infine, va ricordato che, qualora un paziente presenti numerosi rischi per complicanze relative allo stesso sistema corporeo si possono compattare assieme. Ad esempio, se il paziente è a rischio di Riduzione della gittata cardiaca, di Aritmie, di Edema polmonare acuto e di Trombosi venosa profonda, è adeguato utilizzare il titolo CP: Cardio-vascolare.

Il processo diagnostico si compone di tre **azioni**:

1. identificazione dei modelli alterati;
2. validazione delle diagnosi;
3. formulazione delle diagnosi.

L’unione di più dati costituisce un raggruppamento (cluster), da cui, attraverso una interpretazione si identifica la diagnosi infermieristica. Tali raggruppamenti sono validati dall’infermiere attraverso una valutazione critica e il confronto con il cliente.

Le diagnosi infermieristiche sono di cinque tipi:

1. *Diagnosi infermieristiche reali*: descrivono risposte umane a problemi di salute manifesti e sono formulate in tre parti: titolo, caratteristiche definenti e fattori correlati. Ad esempio, “*Ansia correlata a deficit di conoscenze che si manifesta con tachicardia e riferita apprensione*”.
2. *Diagnosi infermieristiche di rischio (ex-potenziali)*: esprimono una vulnerabilità specifica di un cliente a problemi di salute. Sono formulate in due parti: titolo e fattori di rischio. Ad esempio, “*Rischio di infezione correlato a vie di ingresso di microrganismi*”.

3. *Diagnosi infermieristiche di benessere*: descrivono i livelli di benessere di soggetti che possono ottenerne di superiori. La formulazione è in una parte: es. “Potenziale miglioramento del benessere spirituale”.
4. *Diagnosi infermieristiche possibili*: situazioni in cui non ci sono evidenze sufficienti per convalidare una diagnosi. La formulazione è in due parti (titolo e correlazione sostituita da “per causa sconosciuta”). Ad esempio: “Nutrizione alterata: inferiore al fabbisogno per causa sconosciuta”.
5. *Diagnosi infermieristiche a sindrome*: raggruppamenti di più problemi (es. Sindrome da immobilizzazione, Sindrome da deficit nella cura di sé...). La formulazione generalmente è ad una parte, in quanto la correlazione è inclusa nel titolo (es. “da immobilizzazione”) e mancano le caratteristiche definenti perché raggruppano più situazioni per cui il paziente è a rischio. Tuttavia, esistono delle eccezioni, ad esempio, “Sindrome da deficit nella cura di sé” richiede di definire la causa e il livello di carenza nell’effettuare le varie attività di vita quotidiana, al fine di prevedere gli interventi sostitutivi necessari e la riabilitazione del paziente.

L’uso delle diagnosi infermieristiche è importante per assegnare un nome corretto a tutte le situazioni gestite dagli infermieri. Tuttavia, nei prossimi anni saranno necessarie ulteriori ricerche sulle applicazioni e l’efficacia clinica.

#### **4.1.3 Identificazione degli esiti**

L’identificazione degli esiti è la formulazione di obiettivi misurabili e realistici per il cliente e di criteri di esito, basi necessarie per valutare se le diagnosi infermieristiche sono state risolte.

Per facilitare la definizione degli esiti, due ricercatori dell’Iowa University (Johnson & Maas) hanno prodotto una classificazione degli esiti sensibili all’assistenza infermieristica (Nursing Outcomes Classification, NOC), costituito da circa 260 esiti.

Questa fase è costituita da due **attività**: definizione delle priorità; individuazione di obiettivi e criteri di esito per il cliente. Le priorità sono le situazioni che hanno la precedenza. Vanno stabilite considerando le situazioni che mettono in pericolo la vita del paziente, che sono considerate importanti per il cliente stesso e che determinano un’importante carico di lavoro per l’infermiere. Gli obiettivi descrivono lo stato del

cliente dopo l'attuazione degli interventi infermieristici e sono direttamente correlati al problema (es. DI: Ansia; Obiettivo: Il cliente non presenterà ansia). Vanno affiancati ad un **criterio temporale**, cioè in quanto tempo saranno raggiunti (es. in 1 giorno, 1 settimana, 1 mese). Possono essere la risoluzione del problema, la sua attenuazione, il non peggioramento della situazione o il peggioramento contenuto.

Per valutare se l'obiettivo è stato raggiunto sono necessari i **criteri di esito**: situazioni misurabili, realistiche ed estremamente specifiche, espresse con un parametro preciso da ottenere (qualificatore). Secondo Alfarò-LeFevre (2001), i criteri contengono: un soggetto, un verbo, una condizione, un criterio e un tempo (es. "Il cliente camminerà nel centro dialisi senza sostegno dalla postazione allo spogliatoio in 3 minuti").

Nel caso delle situazioni collaborative l'infermiere non è in grado di definire autonomamente il risultato raggiungibile dal cliente e in quanto tempo. Per questo motivo viene usato un obiettivo standardizzato dell'infermiere. Ad esempio, se un cliente presenta il problema collaborativo "Aritmia", l'obiettivo sarà "L'infermiere gestirà e ridurrà al minimo le complicanze delle aritmie".

#### **4.1.4 Pianificazione**

La pianificazione consiste nella formulazione, da parte dell'infermiere, di un piano di nursing individualizzato, espresso in forma scritta (a mano, oppure al computer), destinato a tutta l'équipe assistenziale. La pianificazione è finalizzata a orientare l'assistenza al cliente, garantendone la continuità e permettendo la delega di alcune attività.

Per facilitare l'individuazione degli interventi, McCloskey & Bulechek, dell'Iowa University hanno costruito un sistema noto come Nursing Intervention Classification (NIC), costituito da quasi 500 interventi di assistenza diretta o indiretta, prescritti dall'infermiere o da altri operatori.

La pianificazione consta di due **fasi**:

1. la scelta degli interventi infermieristici;
2. la loro scrittura.

Secondo McCloskey & Bulechek (2000) gli interventi infermieristici sono "ogni trattamento, basato sul giudizio e le conoscenze cliniche, che un infermiere esegue per migliorare gli esiti del paziente/cliente". Nel piano di nursing gli interventi vengono

scritti come attività specifiche per un particolare cliente. Secondo Carpenito, un intervento dove si specifica chi fa che cosa, dove, come e quando è una *prescrizione* (es. L'infermiere gestisce emodialisi con bicarbonato attraverso FAV il giorno 27 Luglio ore 7.30). Il piano, sviluppato da un infermiere abilitato viene poi scritto per essere disponibile per ogni membro dell'équipe di assistenza.

Esistono diversi **tipi di piani** di assistenza infermieristica. Non consideriamo in questo trattato i piani educativi utilizzati dagli studenti, caratterizzati da una descrizione dettagliata di ogni fase e soprattutto dalla presenza delle motivazioni scientifiche per gli interventi. Altri tipi di piani sono: i piani di assistenza clinica, pratici e concisi per l'assistenza reale ai pazienti; i percorsi clinici (piani di assistenza collaborativi); i piani standard (per patologie o interventi diagnostici/terapeutici o unità operative) che richiedono però una successiva personalizzazione. Di queste tipologie di piani parleremo successivamente in forma dettagliata.

#### **4.1.5 Attuazione**

L'attuazione è la realizzazione concreta degli interventi pianificati, da parte dell'infermiere o di altri professionisti/operatori, o altre persone significative.

L'attuazione si compone di diverse **azioni**:

1. riaccertamento (ad ogni incontro con il cliente);
2. ridefinizione delle priorità;
3. inizio del piano;
4. valutazione;
5. registrazione di quanto eseguito (nella documentazione del cliente)

Nella fase attuativa l'infermiere attua gli interventi da lui prescritti, ma anche quelli prescritti dal medico. Per realizzare la fase di attuazione l'infermiere deve possedere abilità interpersonali e tecniche.

Esistono diverse **tipologie** di interventi infermieristici che possono essere attuati dall'infermiere: educativi, di supervisione, psicosociali, di sostegno, di coordinamento, di sorveglianza, di mantenimento e psicomotori.

#### **4.1.6 Valutazione**

L'ultima fase del processo di nursing e la valutazione. In questa fase si decide il successo dell'intervento infermieristico attraverso l'espressione di un giudizio sui risultati raggiunti dal cliente, in relazione a quanto realizzato dall'infermiere. La valutazione è attuata attraverso i criteri di esito, per determinare il raggiungimento dell'obiettivo.

La valutazione richiede le seguenti attività: revisione degli obiettivi del cliente e dei criteri di esito, raccolta dati, determinazione del raggiungimento degli obiettivi ed eventuale revisione del piano di assistenza.

Per attuare correttamente la valutazione devono essere note le risposte normali che una persona può garantire in determinate situazioni, degli standard di assistenza e della ricerca clinica.

La valutazione può riguardare il singolo caso o gruppi di pazienti con caratteristiche simili (valutazione della qualità dell'assistenza).

#### ***4.1.7 Documentazioni e rapporti***

I sanitari hanno l'obbligo di documentare il piano di assistenza e le variazioni di stato del cliente. I dati devono essere documentati in forma accurata, chiara, completa, sintetica, oggettiva, strutturata, tempestiva e leggibile. Tale documentazione (registrazioni) può essere attuata manualmente o in forma computerizzate (cartella informatizzata). Per facilitare la registrazione dell'assistenza si stanno diffondendo numerosi vocabolari infermieristici relativi ai principali concetti del nursing (diagnosi infermieristiche, esiti ed interventi), da usarsi in tutti i contesti (NANDA, NIC, NOC, ICNP) o in contesti specifici (es l'Omaha per le infermiere visitatrici, il PNDS per gli infermieri di sala operatoria...). Note abbreviate rispetto a procedure infermieristiche di routine analogamente aiutano l'infermiere nella documentazione dei parametri vitali, delle entrate/uscite, risposte a terapie, somministrazione di farmaci, esiti di esami ematochimici... In genere, si sta diffondendo sempre di più il principio della documentazione delle eccezioni (noto come CBE-charting by exception) e non tutto quello che è stato fatto. Oltre alla scheda di accertamento all'ammissione, altri documenti infermieristici importanti sono la documentazione alla dimissione (sintesi delle condizioni del cliente alla dimissione e note sull'assistenza ancora necessaria) e i moduli standardizzati per i rapporti sugli incidenti

I rapporti sono invece comunicazioni orali di informazioni relative al processo di nursing a personale sanitario. Una forma frequente di rapporto è quello al cambio dei turni o “consegna”, i rapporti durante i “giri infermieristici” e quelli ai medici su informazioni cliniche rilevanti.

Nella documentazione e nei rapporti sull’assistenza infermieristica non vanno comunque dimenticati alcuni principi di base: riservatezza, accesso garantito, precisione e concisione.

#### ***4.1.8 Tipologie di piani di assistenza***

I piani di assistenza ideali sono i piani di assistenza personalizzati, dove l’infermiere predispose un documento specifico e personalizzato per un singolo paziente, frutto di un accertamento dettagliato del suo stato di salute. Il vantaggio principale di questi strumenti è che considerano ogni singolo aspetto dell’assistenza necessaria per il soggetto. Tuttavia, la costruzione di un piano di assistenza infermieristica personalizzato richiede tempi lunghi, non sempre disponibili nelle unità operative. Per risolvere questo problema si possono utilizzare piani di assistenza standard, con tre livelli di indicazioni:

1. Piani standard generali di assistenza di un’unità operativa: descrivono l’assistenza generale per la maggior parte dei soggetti assistiti in un’unità operativa e per i loro familiari (es. piano di assistenza ai pazienti ricoverati in nefrologia). Sono costruiti su un raggruppamento di diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi prioritari per una certa popolazione, individuate attraverso studi descrittivi.
2. Piani standard per diagnosi medica/diagnosi infermieristica. Sono costruiti usando un raggruppamento diagnostico per specifica diagnosi medica (es. piano di assistenza per paziente affetto da IRC; piano di assistenza per paziente sottoposto a dialisi peritoneale...), oppure su una specifica diagnosi infermieristica (es. piano di assistenza per paziente affetto da Sindrome da deficit di cura di sé, piano di assistenza per paziente affetto da Compromissione dell’integrità tissutale).
3. Piani aggiuntivi: si focalizzano sugli interventi necessari per gestire diagnosi infermieristiche o problemi collaborativi specifici di un singolo caso, in aggiunta ai piani standard generali e per diagnosi. La maggior parte dei casi gestiti si

possono basilarmente assistere con piani standard. In caso di problemi particolari i piani aggiuntivi permettono comunque di garantire un'adeguata personalizzazione.

I piani di assistenza standard (o tipo) non vanno confusi con gli standard di assistenza, che sono documenti generici, non adattabili al singolo paziente, non conservati nella cartella del paziente. Questi documenti guidano l'assistenza generale ai pazienti dell'unità operativa e servono come orientamento per gli operatori. Esprimono l'assistenza realizzabile e non quella ideale; inoltre non sono generalmente organizzati con il formato standard del piano di assistenza.

## **4.2 LE PROCEDURE**

Le procedure sono una sequenza logica di azioni scritte, finalizzate all'esecuzione corretta di interventi, in modo omogeneo fra gli operatori. Le procedure possono avere una struttura rigida, quando sono indirizzate a operatori non professionisti, oppure orientative quando sono usate da professionisti con elevata autonomia. Le procedure devono essere orientate a situazioni rilevanti, di semplice comprensione, descritte con ordine logico, operative, utile e congruenti con la realtà, scientificamente corrette, accettate, condivise e valutabili.

Esempi di procedure pertinenti al contesto nefrologico sono: medicazione del CVC, puntura della fistola artero-venosa, disinfezione dei clamps...

Le procedure sono costituite da varie parti: titolo, enunciazione degli obiettivi e delle finalità, campo di applicazione (facoltativo), risorse necessarie, sequenze di interventi/motivazioni scientifiche e precauzioni specifiche, criteri di valutazione, documentazione allegata, firma di autorizzazione, bibliografia, autore, data di revisione e data di valutazione.

## **4.3 I PROTOCOLLI**

I protocolli sono la raccolta scritta di documenti collegati in sequenza relativi a conoscenze professionali e tecnico scientifiche che suggeriscono i comportamenti da adottare per garantire l'uniformità assistenziale. Vengono generalmente realizzati per far fronte a un'esigenza di un'unità operativa di modificare comportamenti o fenomeni clinici e organizzativi considerati qualitativamente o quantitativamente inadeguati (es.

“bassa vita media delle fistole A-V inferiore”. I protocolli sono sempre prodotti in forma scritta.

I protocolli hanno i seguenti scopi:

- Omogeneizzano i comportamenti dei vari operatori.
- Rendono osservabili e quindi valutabili i comportamenti.
- Garantiscono conoscenze corrette basandosi sulle più recenti acquisizioni teorico-pratiche.
- Consentono l'adeguamento dei comportamenti alle nuove conoscenze disponibili.

Il protocollo va utilizzato in caso di evenienze rare e complesse, situazioni di emergenza, ma anche tecniche routinarie.

Il protocollo generalmente è elaborato da un'équipe multidisciplinare di una o più unità operative, quindi da tutti i professionisti che partecipano al processo in oggetto (infermieri, nefrologi, dietisti, tecnici, assistenti sociali...). Se nell'elaborazione vengono coinvolte più unità operative devono rispondere a criteri di omogeneità.

Il protocollo ha delle ricadute importanti per l'utente, il professionista, l'azienda erogatrice di servizi sanitari. Infatti, migliora lo standard qualitativo delle prestazioni (continuità, omogeneità, sicurezza) e costituisce una garanzia di sicurezza per il paziente. Ai professionisti il protocollo permette di identificare i contenuti del lavoro, le motivazioni scientifiche del percorso operativo e le rispettive responsabilità, garantendo chiarezza e trasparenza, ed uniformando i metodi di lavoro. Inoltre, promuove la formazione continua degli operatori. Per l'azienda il protocollo rende osservabili e valutabili i comportamenti del personale, con possibili miglioramenti della qualità e della produttività.

Il protocollo deve: essere basato su principi scientifici; consentire di capire il perché dell'innovazione o del comportamento proposto; essere condiviso, discusso e accettato da tutti i componenti del gruppo; essere modificabile; essere applicabile.

Le fasi per la costruzione di un protocollo sono:

1. definizione del problema oggetto dello studio;
2. analisi del problema (processo in cui si verifica e frequenza, identificazione delle cause e conseguenze);
3. individuazione dei destinatari del protocollo;
4. definizione dell'obiettivo;
5. definizione del criterio di risultato;
6. revisione bibliografica;
7. identificazione delle risorse disponibili;
8. specificazione delle avvertenze e delle complicanze;
9. definizione delle procedure e dei processi operativi, con relative motivazioni scientifiche;
10. attuazione della valutazione;
11. determinazione della revisione.

Esempi di protocolli specifici per il contesto nefrologico sono: prevenzione delle infezioni in dialisi, gestione della terapia farmacologica nei pazienti nefropatici, assistenza al paziente trapiantato di rene...

#### **4.4 LE LINEE GUIDA CLINICHE**

Le linee guida sono un insieme di informazioni/enunciati (standard) sviluppati criticamente e in forma sistematica, finalizzate ad aiutare operatori e clienti nel processo decisionale, per garantire un'assistenza adeguata ed efficace. Le prove di efficacia incluse nelle linee guida derivano dalla ricerca, integrate dal parere di esperti e dall'opinione dei clienti.

Le linee guida dovrebbero contenere informazioni di qualità, rilevanti, prioritarie e fattibili, frutto di revisioni sistematiche, costruite a livello multidisciplinare, le quale esplicitano le alternative, garantendo comunque scelte flessibili ed adattabili. Inoltre, dovrebbero contenere indicatori di monitoraggio ed essere costantemente aggiornate.

Le linee guida sono costituite da **livelli di prova** diversi (*grading*), da I a IV. Il livello I indica un risultato generalmente coerente con molti studi di buona qualità. A livello II un solo studio è soddisfacente, oppure vi sono alcune incoerenze. Il livello III è caratterizzato da prove scientifiche limitate o dal solo uso di opinioni di esperti, mentre al livello IV le prove sono inadeguate.

Le linee guida sono generalmente prodotte a livello nazionale o internazionale. Tuttavia, per l'implementazione in uno specifico contesto spesso si rende necessario un adattamento a livello da locale. La creazione avviene attraverso il contributo di un gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti dei professionisti coinvolti nell'argomento trattato dalle linee guida. Nel gruppo di lavoro devono essere presenti esperti di revisione della letteratura e dell'argomento in oggetto, in grado di valutare criticamente l'applicabilità delle evidenze scientifiche trovate.

Le principali fasi nella creazione delle linee guida sono:

1. scelta dell'argomento e degli interessati;
2. definizione degli aspetti da affrontare;
3. ricerca della letterature (prove di efficacia) e scelta del materiale da includere;
4. revisione sistematica della letteratura;
5. stesura di bozze e revisioni (a vari livelli) delle linee guida;
6. stesura e diffusione della copia finale.

Analogamente importante è l'implementazione delle linee guida, la quale deve avvenire a cura di un gruppo locale che studia il contesto e determina i cambiamenti necessari per la loro applicazione. Dopo l'implementazione delle linee guida è fondamentale che si valutino l'implementazione delle linee guida.

Esempi di linee guida specifiche per il contesto nefrologico sono: gestione dell'anemia nel paziente neuropatico, gestione degli accessi vascolari in emodialisi...

#### **4.5 I PERCORSI CLINICI**

I percorsi clinici assumono vari nomi in letteratura: clinical pathway, critical pathway o Care map®. Si tratta di strumenti multidisciplinari che definiscono l'assistenza che sarà erogata ad una certa tipologia di utenti durante un percorso di cure, garantendo la qualità delle prestazioni erogate e del risultato per il cliente. Sono generalmente costruiti per guidare l'assistenza a utenti con patologie o alterazioni specifiche e generalmente predicibili (ad esempio, Percorso clinico per paziente affetto da glomerulonefrite acuta, Percorso clinico per paziente che inizia la dialisi peritoneale...).

Tali strumenti sono costruiti usando le informazioni disponibili in letteratura relativamente alle evidenze scientifiche più recenti. Un gruppo multidisciplinare guidato

da un esperto nella costruzione di documentazione clinica si incarica della creazione, introduzione e verifica dello strumento.

Sono costituiti da uno schema a tabella: ogni colonna corrisponde ad una fase temporale (es. giorno 1, giorno 2, giorno3), mentre ad ogni riga corrisponde un aspetto a gestione integrata: accertamento, esami diagnostici, procedure, farmaci, educazione, attività, dieta e piano per la dimissione.

I percorsi clinici fungono anche da modulo per la documentazione dell'assistenza erogata. Accanto ad ogni intervento previsto chi lo eroga sigla con le proprie iniziali l'avvenuta effettuazione. Solo in caso di non realizzazione di un intervento è necessario specificare le motivazioni che hanno portato a tale scelta attraverso delle note narrative. Nel caso non si possa attuare una parte del percorso si parla di **varianze**. Quando le varianze sono molto frequenti possono essere codificate. In caso di più patologie/situazioni presenti nello stesso cliente si possono affiancare al percorso clinico principale uno o più **copathways** che spiegano come gestire la patologia secondaria.

Il medico prescrive il percorso clinico per un cliente con tutte le prescrizioni standard ed eventuali prescrizioni aggiuntive. Il percorso è poi realizzato da un gestore del caso (case manager), il quale generalmente è un infermiere.

Gli enti sanitari possono creare anche dei percorsi clinici semplificati per clienti. Questi strumenti sono molto utili perché aiutano ad educare i clienti, i quali hanno uno strumento di riferimento per valutare l'assistenza ricevuta e per parteciparvi più attivamente.

## BIBLIOGRAFIA

- Yura H., MB., Walsh, *Il processo di nursing*, Sorbona, Milano, 1992.
- Craven R.F., Hirnle C.J., *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, CEA, Milano, 2003.
- Wilkinson J.M., *Processo infermieristico e pensiero critico*, CEA, Milano, 2003.
- Carpenito L.J., *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, CEA, Milano, 2001.
- Carpenito L.J., *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*, CEA, Milano, 1996.
- Carpenito L.J., *Piani di assistenza infermieristica e documentazione*, CEA, Milano, 2000.
- Gordon M., *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Edises, Napoli, 1997.
- NANDA, *Nursing diagnosis: definition & classification 2003-2004*, NANDA International, Philadelphia, 2003.
- Sparks A.M., Taylor C.M., *Manuale per le diagnosi infermieristiche*, Edises, Napoli, 1998.
- Johnson M., & Maas M., *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Mosby, St. Louis, 2001.
- McCloskey J., & Bulechek G., *Nursing Intervention Classification (NIC)*, Mosby, St. Louis, 2000.
- Marriner-Tomey A., *Management infermieristico: teoria e pratica*, Sorbona, Milano, 1995.
- A.A.V.V., *Il protocollo nella pianificazione dell'assistenza infermieristica. Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico*, Ed. Medico-Scientifiche, Torino, 1996.
- Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Mc Graw Hill, Milano, 1997.
- Agency for Health Care Policy and Research, *Clinical practice guideline development*, AHCPR, Rockville, 1993.
- Clinical Guidelines Education Team, *Linee guida cliniche. Strategie di implementazione*, McGraw-Hill, Milano, 2002.

- Programma nazionale per le linee guida, *Il manuale metodologico Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*, in “Tendenze Nuove”, 6, 2002, p. 541-628.
- Dykes P.C., Wheeler K., *Planning Implementing and Evaluating Critical Pathways*, Springer Publishing Company, New York, 1997.