



www.scienzeinfermieristiche.net

LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA: COME CAMBIA IL MANAGEMENT SANITARIO

AULA MAGNA
AZ. OSPEDALIERA CARD. G. PANICO
TRICASE (LE)
14 FEBBRAIO 2014

Maurizio Ercolani – Clinical Nurse – Asur Regione
Marche – Consigliere Ipasvi Ancona

Corso di Formazione sulla Diagnosi Infermieristica e sulla Complessità Assistenziale

PROCESSO DI NURSING

Il processo di Nursing è una metodica di lavoro che si articola in fasi logiche successive, focalizzata sul raggiungimento di uno o più obiettivi prefissati. La sua nascita legislativa in Italia è legata al D.M. 739 del 1994 (profilo professionale) ed in particolare all'art.1 comma 3, dove il legislatore identifica l'Infermiere come colui che partecipa all'identificazione dei bisogni di salute, identifica i bisogni di assistenza infermieristica ma soprattutto pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. Essendo un percorso logico esso necessita di un modello teorico di riferimento ma l'essere umano, la persona, è una realtà estremamente complessa (e non dimentichiamo che l'"oggetto" del nostro agire è anche la comunità), questa complessità, cambiando prospettiva, cambiando il nostro modo di "leggerlo", di valutarlo, di essergli accanto, ha originato negli anni modelli teorici diversi, a volte simili, a volte complementari. Brevemente qui accenneremo ad alcuni di essi.

Florence Nightingale

Struttura il suo pensiero sull'interazione dell'uomo con l'ambiente. Modificando l'ambiente fisico (non considerava ambiente psico-sociale) si poteva quindi "curare" l'ammalato. Importantoi sono quindi le relazioni:



www.scienzeinfermieristiche.net



ambiente/persona
Infermiere/ambiente
Infermiere/persona

Virginia Henderson.

Descrive 14 bisogni della persona ed identifica l'Infermiere come colui che aiuta con il suo agire gli individui a soddisfare questi bisogni, azioni che essi farebbero autonomamente se ne avessero forza, volontà, conoscenza e/o competenza. L'Infermiere fa diagnosi (infermieristica), pianifica e valuta i propri interventi. L'Infermiere, per i problemi di salute lavora in Equipe con le altre professioni.

Dorotea Orem

Esalta la capacità dell'uomo ad autogestire la propria salute ed il proprio benessere. Limita l'intervento Infermieristico a particolari situazioni in cui la persona non è in grado di autoassistersi
L'Infermiere può quindi:

- sostituirsi alla persona
- orientarlo e guidarlo
- sostenerlo psicologicamente o fisicamente
- creare ambienti favorevoli per lui
- fornirgli informazioni e formazione

Hildegard Peplau

Incentra il suo modello sul rapporto Infermiere-Persona

Descrive quattro fasi del processo assistenziale:

- Orientamento, l'Infermiere aiuta a riconoscere il problema dell'individuo e si stabilisce una relazione di aiuto
- Identificazione, l'assistito si identifica con l'Infermiere, questi consente l'esplorazione dei sentimenti per aiutare il soggetto
- Sfruttamento, l'assistito cerca di trarre il massimo dall'Infermiere, si stabiliscono obiettivi sempre nuovi
- Risoluzione, si abbandonano vecchi obiettivi e si adottano procedure ed atti nuovi, termina la fase di Identificazione

All'interno di questa fasi l'Infermiere, coinvolto in questo processo di crescita, quindi esso stesso oggetto dell'intervento, riveste diversi ruoli dell'Infermiere (estraneo, sostegno, insegnante, leader...) in base alle necessità ed al momento.

Marisa Cantarelli

Struttura un modello teorico legato alle prestazioni Infermieristiche, come strumento necessario all'individuo per soddisfare i propri bisogni. Lega quindi i bisogni della persona a quello che l'Infermiere può fornirgli, in termini di indirizzo, guida, sostentamento, compensazione e sostituzione.

Altre teoriche che negli anni hanno sviluppato modelli concettuali sono: Marta Rogers con i campi energetici, Betty Neuman con la teoria dello stress (prevenzione), Madeleine Leininger con il modello del nursing transculturale, Dorothy E. Johnson secondo cui il nursing ripristina equilibri, riducendo stress ed aiutando l'adattamento e molte altre ancora.

Un discorso particolare va rivolto a **Marjory Gordon**, il suo modello si concentra molto sull'accertamento Infermieristico, suddividendo le aree di osservazione secondo modelli di tipo



funzionale (individuo, famiglia o comunità). La raccolta dei dati appare infatti continua, considerando di ciascun modello funzionale gli aspetti fisici, psicologici e socio culturali. Come abbiamo visto esistono ad oggi numerosi modelli teorici di riferimento per l'Infermieristica. Ogni scuola di pensiero, ogni paese, ogni realtà universitaria applica un modelli infermieristico di riferimento, alcuni colleghi si pongono quotidianamente il dilemma di che modello applicare nella propria realtà operativa, in molti luoghi di lavoro diverse realtà, con più o meno problemi, convivono, purtroppo in molti altri ambiti i colleghi nemmeno si pongono il problema...

Piano Assistenziale Infermieristico PAI

Un piano assistenziale infermieristico è un metodo scientifico-cognitivo centrato sui problemi, le risorse e le risposte del soggetto, della famiglia o della comunità assistita. E' progettato e verificato ed è proteso al conseguimento di risultati verificabili. Deve essere riproducibile. Esso si compone dell'accertamento, della diagnosi infermieristica, della definizione degli obiettivi e dell'intervento. Infine la valutazione degli esiti e del processo.

ACCERTAMENTO

Questa parte risulta essere fondamentale per tutto il PAI, una errata raccolta dati può vanificare l'intero percorso assistenziale portando ad errori di diagnosi, compromettendo il raggiungimento dei risultati ed intervenendo in maniera inappropriata. Ma soprattutto causando un dispendio di risorse e di tempo. Nell'accertamento troviamo la minore affinità tra i vari modelli teorici infermieristici, alcuni non prevedono alcun raggruppamento delle osservazioni e delle rilevazioni effettuate, altri invece classificano e suddividono in maniera particolareggiata le aree, dividendole per bisogni, bisogni assistenziali, modelli fisiologici, modelli funzionali, ecc.. Nella rilevazione i vari teorici consigliano interviste più o meno strutturate, l'osservazione, la narrazione della persona assistita, l'utilizzo di scale di valutazione.

La variabilità metodologica può rendere difficoltoso il confronto tra i diversi professionisti e quindi l'omogeneità e la continuità assistenziale. Esistono numerose scale, validate scientificamente, che realisticamente forniscono valori coerenti e costanti, con una lievissima variabilità correlata al variare del rilevatore. Queste scale permettono di oggettivare la rilevazione, rendendola riproducibile, e ci forniscono, spesso, parametri, indici assistenziali, che variano durante il percorso assistenziale. Esse ci permettono quindi una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni, una valutazione quali-quantitativa omogenea e ci facilitano lo scambio di informazioni intra ed extra professionali. Esistono oggi anche dati ricchissime di scale validate che coprono ogni aspetto delle valutazioni che noi potremmo effettuare, dagli aspetti nutritivi a quelli psichici, dagli assetti sociali alle autovalutazioni degli assistiti. Vedremo poi delle scale di valutazione proposte per verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati (NOC), queste scale, likert, se compilate tutte (cosa improponibile, dato il numero elevato) essendo ad oggi esaustive di tutti gli obiettivi cui un Infermiere può volgere, potrebbero portare all'individuazione delle diagnosi infermieristiche più probabili, tenendo sempre ben presente il pensiero critico del professionista chiamato a "leggerle".

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

La Diagnosi Infermieristica è un'affermazione che descrive uno specifico tipo di problema o di risposta identificato dall'Infermiere. Essa non va usata per designare tutti i problemi che l'Infermiere può riconoscere, perché questo non metterebbe in risalto l'unicità del ruolo infermieristico: occorre quindi distinguerla dal problema collaborativo

Secondo Carpenito si possono definire i problemi collaborativi: "certe complicanze fisiologiche che l'Infermiere monitora per scoprirne la comparsa o i cambiamenti nello stato. L'Infermiere gestisce i problemi collaborativi usando interventi prescritti dal medico o da egli stesso per minimizzare le



complicanze degli eventi” in buona sostanza si tratta di tutti quei problemi, e delle azioni ad essi correlate, che l’Infermiere si trova a dover fronteggiare quotidianamente ma di cui non è diretto responsabile, e che per la loro risoluzione richiedono l’intervento di più professionisti.

La Diagnosi Infermieristica quindi costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l’Infermiere è responsabile.

Secondo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la Diagnosi Infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte delle persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica NANDA – I esprime quindi il giudizio professionale sulle condizioni del paziente, sulle sue risposte ai trattamenti ricevuti e sulle necessità di assistenza infermieristica. Fare diagnosi infermieristica secondo questa definizione vuol dire descrivere le risposte, i segni, i sintomi che indicano un effettivo o potenziale (rischio) problema di salute e identificare le cure più appropriate per risolverlo.

Varie sono le tipologie di diagnosi infermieristiche identificabili dall’Infermiere, il NANDA-I ci propone di suddividerle in tre categorie:

Attuali o reali, quelle che rappresentano una condizione convalidata clinicamente,

Rischio o rischio elevato : esse consistono nel giudizio clinico secondo il quale una persona, una famiglia o una comunità è maggiormente vulnerabile nei confronti di un certo problema (prevenzione)

Benessere: queste ultime consistono in un giudizio clinico riguardante una persona, una famiglia o una comunità in transizione da un livello specifico di benessere ad un livello superiore. Riguardano quindi le diagnosi relative alla promozione della salute. In questo caso essere presenti due elementi il desiderio di un maggior livello di benessere e la presenza di una condizione o funzione efficace, cioè di potenzialità personali e ambientali per migliorare la situazione. Vengono utilizzate spesso per persone affette da patologie croniche che dimostrano e dichiarano di voler aumentare o mantenere il proprio livello di benessere. Si basano sui concetti di autonomia, autocura, empowerment.

La struttura della Diagnosi Infermieristica si compone di quattro elementi essenziali, caratterizzati da una terminologia specifica e volutamente differente dalle omologa medica, per l’adozione di un linguaggio infermieristico autonomo e condiviso.

Gli elementi che compongono una Diagnosi Infermieristica sono:

1. Titolo
2. Definizione
3. Caratteristiche definenti
4. Fattori correlati

Il titolo è quell’elemento che deve “qualificare” la tipologia del problema, esso esprime quindi se la nostra diagnosi esamina un problema di “inefficacia”, di “alterazione” o di “deficit” ,evitando termini troppo soggettivi.

La definizione invece ci permette di esprimere in modo chiaro e preciso il significato della Diagnosi Infermieristica, contribuendo così a differenziarla in modo univoco da quelle che le assomigliano.

Le caratteristiche definenti sono l’equivalente dei segni e dei sintomi soggettivi ed oggettivi presenti in relazione ad una determinata diagnosi. Essi si dividono in maggiori o principali, definite come indicatori critici presenti nell’80-100% dei casi; e minori o secondarie definite come indicatori di supporto (forniscono prove di sostegno per le diagnosi, ma possono non essere presenti) presenti nel 50-70% delle situazioni. Sono presenti solo nelle diagnosi reali, in quanto sono manifestazioni già presenti nella persona assistita.

I fattori correlati sono le cause, i fattori eziologici che determinano una certa situazione; si possono raggruppare in quattro categorie:



1. fisiopatologici (biologici o psichici)
2. situazionali (ambientali, sociali, personali)
3. fasi maturative (legati all'età)
4. trattamenti (terapie, interventi).

Nelle diagnosi di rischi sono sostituiti dai fattori di rischio.

NOC-NIC

Successivamente alla definizione della Diagnosi infermieristica nella sua interezza passiamo all'identificazione degli esiti. Formuliamo a priori degli obiettivi misurabili e realistici per il cliente, dei criteri di esito necessari per valutare se le diagnosi infermieristiche sono state risolte, in tutto o in parte. La definizione della diagnosi infermieristica, secondo la nanda, contiene in se anche la definizione dei NIC e dei NOC, essa infatti così prosegue "le diagnosi infermieristiche forniscono la base per scegliere gli interventi infermieristici (NIC) al fine di conseguire quei risultati (NOC) di cui l'infermiere è responsabile. La classificazione NOC (Nursing Outcomes Classification) ci fornisce un elenco di obiettivi e di risultati identificati, definiti e misurabili attraverso scale di Likert. Essi vanno scelti già nelle prime fasi del progetto assistenziale, da subito iniziamo a "pensare" gli esiti a cui vorremmo arrivare, tenendo conto delle risorse a disposizione, dell'utente, del nostro servizio, del contesto sociale ed altro.... Tale valutazione potrà poi essere nuovamente effettuata per valutare l'andamento del nostro intervento ed infine per valutare gli esiti alla fine ed a breve o lungo termine.

Definiti i Noc si individuano gli interventi infermieristici. La metodologia NiNN prevede la classificazione NIC (Nursing Intervention Classification), tassonomia costituita da interventi di assistenza diretta o indiretta, prescritti dall'infermiere, ed eseguiti direttamente o tramite personale di supporto. Essi sono difatto dei raggruppamenti di attività infermieristiche, eseguibili tutti o in parte, all'interno dell'intervento assistenziale complessivo. Indipendentemente dalle attività eseguite per ogni NIC viene individuata anche una tempistica di esecuzione variabile all'interno di cinque range predeterminati.

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Definiamo innanzitutto che cosa si intende per complessità assistenziale: l'insieme delle prestazioni infermieristiche che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espresse in termini d'intensità, d'impegno e quantità – lavoro dell'infermiere (Chantal Moiset et al. 2009). Per dare una risposta assistenziale efficace, efficiente e di buona qualità diventa importante misurare la complessità assistenziale del singolo utente, o di un intero dipartimento o unità operativa, al fine di identificare le priorità assistenziali. La misurazione, attraverso indicatori dell'assistenza basati su criteri oggettivi, riproducibili e verificabili consente di:

1. Pianificare l'attività infermieristica in quanto permette di identificare i bisogni assistenziali;
2. Valutare la complessità di ogni singolo malato e l'evoluzione delle sue condizioni nel tempo;
3. Determinare le risorse, il tempo e le competenze necessarie per assistere;
4. Elaborare strumenti organizzativi che permettono di agire in autonomia;
5. Consentire di dare visibilità alla professione infermieristica e fare in modo che essa possa acquistare quel peso necessario al momento dell'assegnazione delle risorse, che attualmente non viene considerato attraverso il sistema di classificazione stabilito dai DRG (Diagnosis Related Group);
6. Arrivare ad una più obiettiva allocazione delle risorse che vada a considerare non solo l'aspetto quantitativo, ma che preveda un approccio multidimensionale, in grado di riflettere gli effettivi bisogni del paziente.



Quindi l'analisi della complessità assistenziale diventa uno strumento assolutamente necessario nella nostra epoca, in quanto permette di analizzare i bisogni di assistenza infermieristica, pesare (dare un valore) gli interventi effettuati dal professionista per risolvere i problemi assistenziali e individuare le risorse necessarie per ogni singolo utente, rapportarle a tutto il reparto sino alla determinazione delle risorse necessarie per tutta la struttura. L'indice di complessità assistenziale attraverso l'utilizzo di algoritmi permette il calcolo del fabbisogno di personale assistenziale. Una volta scelto il modello concettuale di riferimento tra le teorie del nursing bisogna definire un nomenclatore per la determinazione delle prestazioni erogabili dell'equipe, nel quale vengono codificate le azioni condivise ritenute adeguate per la corretta erogazione della performance. Attraverso le prestazioni si individuano le azioni infermieristiche che rappresentano l'insieme delle attività concrete messe in atto dal professionista. Per ogni azione viene definito un peso in relazione alla difficoltà/complessità dell'intervento effettuato dall'operatore. Il peso corrisponde alla misurazione della complessità dell'assistito. Questo si esprime in 5 livelli graduati, dove il livello 5 rappresenta la più alta complessità, mentre l'1 rappresenta la più bassa complessità. Ad ogni prestazione infermieristica corrispondono una o più azioni che hanno un valore (peso) maggiore è il peso maggiore è la dipendenza del paziente. Si selezionano le azioni per ogni prestazione. Il sistema funziona calcolando per ogni prestazione solo l'azione con il valore (peso) più alto. Completata la tabella il sistema produce la scheda dell'assistito con l'indice di complessità assistenziale e la classe di gravità.

Siccome il modello risulta essere piuttosto complicato e molto dispendioso in tempi e risorse, quindi difficilmente applicabile al di fuori di un contesto accademico o di ricerca, abbiamo iniziato a sperimentare un sistema, analogo negli obiettivi, utilizzando la tempistica rilevabile nella tassonomia NIC. I NIC, oltre ad individuare analiticamente le azioni infermieristiche in cui l'intervento si compone, specifica anche una fascia tempistica di esecuzione in cui l'Infermiere dovrebbe portare a termine il suo intervento. La tassonomia NIC individua 5 fasce temporali:

- Fino a 15 minuti
- Da 16 a 30 minuti
- Da 31 a 45 minuti
- Da 46 a 60 minuti
- Oltre un ora

Per avere un dato utilizzabile nel calcolo del fabbisogno infermieristico dell'utente abbiamo però bisogno di un valore assoluto. Abbiamo perciò deciso arbitrariamente, in sintonia con altre metodiche, di suddividere ulteriormente le 5 fasce in altri 5 classi di intensità, costruendo così la seguente tabella

| | Fino a 15 minuti | Da 16 a 30 minuti | Da 31 a 45 minuti | Da 46 a 60 minuti | Oltre un ora |
|-------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Classe 1 | 5 | 16 | 31 | 46 | 61 |
| Classe 2 | 8 | 20 | 35 | 50 | 75 |



| | | | | | |
|----------|----|----|----|----|-----|
| Classe 3 | 10 | 23 | 38 | 53 | 90 |
| Classe 4 | 12 | 26 | 41 | 56 | 105 |
| Classe 5 | 15 | 30 | 45 | 60 | 120 |

Ma anche questa suddivisione di fatto non ci risolveva il problema. Utilizzando le attuali metodiche per la valutazione dell'ICA il sistema era comunque lungo ed inadatto a percorsi assistenziali brevi. La velocità di un sistema per calcolare l'impegno assistenziale ci ha portato a definire un metodo che imponga al massimo 5 valutazioni, valutazioni diffuse e facilmente oggettivabili, che siano presenti in tutte le fasi osservazionali, aldilà del modello teorico di riferimento. Ci siamo orientati sull

utilizzo della scheda ADL, comunissimo strumento di valutazione delle abilità, abbondantemente validata a livello internazionale, estrapolandone due items, la deambulazione e l'autoposizionamento. Questi due items, presenti anche nelle scale likert dei NOC, ci danno la misura in cui l assistito è in grado di partecipare, con il proprio movimento, all'intervento assistenziale.

L'altro parametro che ci da subito la valenza del contributo cognitivo che la persona può dare al processo assistenziale è la valutazione dell'orientamento cognitivo. Anche esso inserito nella tassonomia NOC e da sempre rilevato nei nostri assistiti. Altri fattori che determinano la tempistica di esecuzione di un intervento sull assistito sono:

- La presenza di sonde, quali: catetere vescicale, stomie, infusione continua, drenaggi o altro
- La presenza di incontinenze o di secrezioni, quali: incontinenza fecale, urinaria, vomito frequente, ferite essudanti o altro

A questi due parametri abbiamo assegnato 5 punti ciascuno in ragione di un punto per presenza di complessità

In questo modo, in maniera veloce e facilmente standardizzabile riusciamo a classificare la persona assistita ed a temporizzare l'intervento NIC espletato.

CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA

La necessità di informatizzare la cartella Infermieristica nasce non per sostituire il professionista nel pianificare o nello scegliere il giusto percorso assistenziale della persona, ma nasce dalla necessità, sempre più contingente, di accelerare i tempi, il computer non è più intelligente di un Infermiere, ma sicuramente è molto più veloce. L'informatica ad oggi non è in grado di prospettarci soluzioni o percorsi, essa può solo, molto velocemente, metterci in grado di scegliere i nostri percorsi, i nostri obiettivi, le nostre risorse ed infine ci può velocemente aiutare a rivedere tutto ciò e confrontarlo con esperienze simili. L'archiviazione e la gestione informatica delle informazioni permette, oltre ad una maggiore sicurezza anche una agevole possibilità di richiamare dati ed esperienze passate, permettendo elaborazioni statistiche ed attività di ricerca. Può coadiuvare ad uniformare il comportamento ed il linguaggio professionale, standardizzando alcune fasi del percorso assistenziale e migliorando la qualità dell'assistenza e soprattutto ridurre il rischio, oggi elevatissimo, di errori nella trascrizione dei dati.

Come abbiamo già discusso esistono oggi molti modelli teorici di riferimento per l'infermieristica, questo pone un problema rilevante per la costruzione di uno strumento informatico che deve confrontarsi con la realtà operativa quotidiana; tale strumento deve quindi poter essere flessibile nei due aspetti che più differenziano i modelli teorici nella costruzione di un PAI, l'accertamento (raccolta dati) e l'esecuzione degli interventi. Se l'esecuzione degli interventi, a parte la loro registrazione, poco influenza il sistema informatico, diversa è la situazione per la fase dell'accertamento. La tipologia di aggregazione dei dati è l'inizio di tutto il processo diagnostico infermieristico, la necessità di convogliare tale processo in un percorso unico, partendo da una prima fase estremamente variabile e differenziata ha portato alla creazione di una struttura per la



www.scienzeinfermieristiche.net



raccolta dati dell'accertamento a moduli intercambiabili che confluissero poi in un unico percorso diagnostico. Ecco quindi che dal modulo di accertamento "Cantarelli", dal modulo di accertamento "Gordon", dal modulo di accertamento "Henderson" selezionata la diagnosi infermieristica, il processo si unifica e procede in maniera analoga.