

Paolo C. Motta

Linee guida, *clinical pathway* e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico

Negli ultimi anni, all'interno della professione infermieristica, si è delineata e diffusa la convinzione che lo sviluppo scientifico, culturale e sociale dell'assistenza infermieristica sia strettamente conseguenziale alla piena valorizzazione di una *competenza specifica dell'infermiere* nell'ambito dell'assistenza sanitaria, in grado di produrre - a favore delle persone assistite - *'propri' risultati di salute sostenuti da prove cliniche di efficacia (Evidence-based Nursing)*. Nella cosiddetta "epoca del post-mansionario", cioè in un nuovo contesto giuridico e professionale che regola il ruolo e le funzioni dell'infermiere ormai sgravate dai limiti impliciti in un'elencazione di atti esecutivi di tipo tecnico, il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un *articolato bagaglio metodologico, tecnico e relazionale* da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo. Si tratta, ad esempio, di definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'*appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza* delle prestazioni; di organizzare l'assistenza infermieristica secondo *modelli gestionali 'per processi'*, profondamente integrati e multiprofessionali, poiché la 'buona salute' non può essere considerata un esito di cui dispone una singola professionalità; di fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle *conoscenze prodotte dalla ricerca* e su adeguati *indicatori e standard*, mediante l'opportuno ricorso a strumenti quali **linee-guida, raccomandazioni, percorsi clinico-assistenziali, protocolli e procedure**. In base a questa tendenza, è ragionevole prevedere che il cosiddetto 'governo clinico', cioè la *razionalizzazione* e la *standardizzazione* delle attività sulla base delle prove di efficacia, assumerà in futuro una *rilevanza crescente*, in modo che la prassi assistenziale possa essere sempre più ancorata alla ormai vasta ed autorevole produzione scientifica in campo infermieristico.

Paolo C. Motta

IID, Docente di Metodologia Clinica e della Ricerca a Infermieristica
Corso di Laurea per Infermiere, Università Vita-Salute San Raffaele
Direttore Scientifico di Nursing Oggi

La pianificazione dell'assistenza e gli strumenti della standardizzazione

Con il termine '*standardizzazione*' si intende, nella sua più comune accezione positiva, il *processo finalizzato ad uniformare attività e prodotti* sulla base di *norme, tipi o modelli di riferimento*. Nella pratica infermieristica, tale processo può applicarsi - secondo la logica propria dei sistemi di qualità - ad un consistente numero di situazioni: infatti, costruire ed adottare *standards*, nel momento della pianificazione e dell'organizzazione degli interventi da realiz-

zare in risposta ai bisogni della persona assistita, significa riferirsi ad un *complesso di elementi che rappresentano le caratteristiche appropriate ed ottimali di una determinata prestazione o di un determinato processo*.

L'etimologia del termine 'standard' richiama il vocabolo di lingua francese 'etendard' (stendardo - bandiera): ciò che può essere esposto; nel nostro caso, reso pubblico e garantito all'utente. Standardizzare, dunque, non significa ridurre la prassi ad una routine indifferenziata che non tenga in giusta consi-

derazione la soggettività della persona che si assiste, ma *a s s i c u r a r e t u t t i c o l o r o c h e b e n e f i c i a n o d i u n s e r v i z i o c i r c a i l l i v e l l o d i q u a l i t à d e l l a p r e s t a z i o n e r e s a*. In tal senso, sono esempi di standard, per una determinata Unità Operativa, il mancato sviluppo - per tutte le persone allettate - di lesioni da pressione (*standard di esito*); il colloquio infermieristico a scopo anamnestico nelle prime ore dall'ingresso in reparto, per tutte le persone ricoverate (*standard di processo*); la disponibilità di un'apposita saletta per garantire la privacy durante l'igiene della cute e la tricotomia in preparazione all'intervento chirurgico (*standard di struttura*). I processi e gli strumenti della standardizzazione si propongono, dunque, di *m i g l i o r a r e l ' e f f i c a c i a d e l l a g e s t i o n e d e l l e s i t u a z i o n i c l i n i c h e* e, in aggiunta, di *d i m i n u i r e l a v a r i a b i l i t à d i c o m p o r t a m e n t i*. Ancora oggi, infatti, la probabilità che un malato riceva un intervento sanitario efficace dipende troppo spesso dalla singola realtà ospedaliera in cui viene ricoverato (o addirittura dai singoli professionisti), piuttosto che dalle reali condizioni di salute che manifesta.

Il dibattito interno alla professione infermieristica sulle prospettive e sulle problematiche connesse all'attività di standardizzazione riconosce un punto di origine nella *natura stessa dell'assistenza infermieristica*. Essa, infatti, si occupa della salute secondo una *visione olistica e non parcellizzata dei problemi di salute* del singolo e della collettività ed assume il principio della *personalizzazione* quale elemento centrale di una *relazione professionale* basata sulla comprensione e sul riconoscimento della dimensione soggettiva - biofisiologica, psicologica e socioculturale - dei bisogni di cui il malato è portatore. Spesso si è osservata, in tale dibattito, un'eccessiva e non giustificata polarizzazione delle opinioni verso due estremi: da un lato, lo scadimento della standardizzazione nella *formalistica traduzione di un giusto principio* (la volontà di codificare modalità di intervento razionali, intersoggettive ed efficaci) in una prassi attenta alla sola sfera biologica dei problemi clinici - quella cioè più facilmente oggettivabile secondo i canoni metodologici propri di un tale approccio -, imponendo così un'organizzazione rigida e routinaria delle attività; dall'altro, l'assunzione di una sorta di "ideologia della personalizzazione", che comporta il rifiuto a standardizzare qualsiasi intervento assistenziale ("Ogni malato è diverso dagli altri, non si possono dare ricette") e spesso è utilizzata come vero e proprio alibi per legittimare l'indisponibilità a misurare l'efficacia delle proprie attività. A proposito della variabilità dei comporta-

menti di fronte a problemi clinici analoghi, risulta paradigmatico un lavoro pubblicato nel 1996¹: per il trattamento delle ulcere varicose degli arti inferiori, per cui era riconosciuta da un lato l'inutilità della terapia farmacologica e dall'altro la maggiore efficacia della fasciatura a compressione elevata o media (con eventuale compressione pneumatica intermittente), si era rilevato l'uso di 31 diversi tipi di medicazione, 28 diversi tipi di bendaggio e 59 diverse preparazioni topiche...

Standardizzazione e personalizzazione non necessariamente devono essere considerate come approcci contrapposti e tra loro inconciliabili: è possibile, infatti, concepire e praticare l'assistenza infermieristica come attività *personalizzata*, cioè rivolta alla persona intesa nella sua totalità ed unicità e nella sua peculiare esperienza di malato, e - ove possibile - *standardizzata*, cioè orientata alla scelta di quegli interventi che hanno già dimostrato, in situazioni cliniche analoghe, una reale efficacia. Occorre, infatti, considerare la standardizzazione come *processo rivolto non solo alle attività*, a "ciò che si deve fare" *ma anche - e soprattutto - agli esiti*, a "ciò che si deve raggiungere" *ed ai modi per controllarli e valutarli*.

In altre parole, l'infermiere deve porsi non solo come esecutore, ma anche come decisore e valutatore, cioè come professionista autonomo e responsabile. È questa, in sintesi, la "strategia basata sul risultato"², che promuove una gestione del risultato in forma non separata dagli aspetti operativi che concorrono al suo raggiungimento, allo scopo di impedire quella scissione *fra aspetti decisionali ed aspetti esecutivi* che spesso disconoscono il valore sociale del ruolo e della funzione infermieristica. La standardizzazione assume rilevanza professionale nella misura in cui gli infermieri si impegnano a dimostrare l'efficacia delle proprie azioni ed evidenziano il contributo concreto e specifico del nursing alla promozione, al recupero ed al mantenimento della salute.

Nella presente relazione, saranno analizzati i **principali strumenti della standardizzazione dell'assistenza infermieristica**: linee guida, percorsi clinico-assistenziali (*clinical pathway*) e procedure. Di ciascuno di essi, si illustreranno le caratteristiche salienti, in ordine alla *metodologia con cui sono prodotti e alle condizioni di utilizzo nella pratica assistenziale*. L'adozione combinata di tali strumenti richiede, infatti, un puntuale *inquadramento concettuale e metodologico* ed il loro corretto posizionamento in una definita organizzazione funzionale e gerarchica.

- La **procedura infermieristica** è considerata la forma di standardizzazione più elementare. Essa formalizza una *tecnica infermieristica semplice* (ad esempio: l'iniezione intramuscolare, il drenaggio posturale, il rilievo della temperatura corporea, ecc.) o *complessa* (ad esempio: il monitoraggio dei parametri clinici nel periodo post-operatorio, il controllo delle infezioni urinarie nelle persone portatrici di catetere vescicale, la valutazione dello stato di nutrizione-idratazione, ecc.). Rappresenta, pertanto, uno strumento finalizzato prevalentemente al controllo della *qualità tecnica di una sequenza lineare di comportamenti*, anche indipendentemente dalla sua appropriatezza³.
- Il **percorso clinico-assistenziale** (in lingua inglese *clinical pathway*, che alcuni autori chiamano anche *protocollo*), invece, prestabilisce un determinato *corso d'azione*, un determinato *iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale da attivare a fronte di una situazione clinica tipica*. Ad esempio, con tale strumento, può essere codificato il percorso necessario alla preparazione ad un determinato intervento chirurgico o ad una determinata indagine diagnostica; oppure, quello per recuperare l'autonomia nell'alimentazione e nel movimento delle persone colpite da ictus con emisindrome. Il percorso clinico-assistenziale, pertanto, riguarda il controllo sia della qualità, sia dell'appropriatezza di un insieme di attività, a volte maggiormente legate alla diagnosi e alla cura della malattia o, in altri casi, concernenti la sfera autonoma dell'assistenza infermieristica. Poiché spesso non è possibile separare nettamente la competenza medica da quella infermieristica, un efficace strategia per la costruzione dei *clinical pathway* è rappresentata dall'approccio interdisciplinare. Tali strumenti assumono spesso una forte connotazione locale, in ragione delle specifiche condizioni strutturali - anche di carattere extra-scientifico - in cui si realizza l'assistenza medica ed infermieristica nelle diverse realtà sanitarie.
- La **linea guida**, secondo la classica definizione dell'*American Institute of Medicine*, è un insieme di *raccomandazioni sviluppate in modo sistematico* (cioè basate sulle prove scientifiche esistenti a favore o contro un determinato intervento) allo scopo di *assistere medici, infermieri ed utenti nelle decisioni da prendere*. Essa, dunque, non viene concepita come uno schema di sequenze comportamentali da seguire ed applicare in modo rigido, ma come una sintesi ragionata delle

magliori informazioni scientifiche disponibili circa le modalità di diagnosi, cura ed assistenza più appropriate in un determinato contesto, realizzata allo scopo di facilitare il *decision making* di un professionista e dello stesso paziente. Le linee guida, inoltre, sono attualmente valorizzate poiché assolvono scopi che oltrepassano il semplice accordo intersoggettivo tra operatori nella pratica: esse rappresentano uno strumento multidisciplinare di esplicitazione della 'buona pratica clinica' non solo tra gli 'addetti ai lavori', di trasparenza e coinvolgimento nei rapporti con utenti, politici ed amministratori. Numerosi autori, infine, associano l'adozione delle linee guida alla gestione economica dei sistemi sanitari, poiché esse rappresentano uno strumento di controllo ed allocazione in condizioni di squilibrio tra risorse sempre più limitate e domanda di prestazioni sempre più costose.

Le linee guida

Le *linee guida* di pratica clinica sono '*documenti sviluppati sistematicamente per aiutare medici, infermieri e pazienti a scegliere la più appropriata assistenza sanitaria in specifiche circostanze cliniche*'. Esse sono prodotte, in genere, da società scientifiche, associazioni professionali ed istituzioni sanitarie. Non è possibile individuare un formato unico per la loro redazione, poiché le linee guida possono variare di dimensione in relazione all'argomento (dalla gestione degli accessi venosi intravascolari o dell'incontinenza urinaria, all'appropriatezza clinica e deontologica dell'utilizzo dei placebo o dei mezzi di contenzione fisica, ecc.).

La *metodologia di costruzione di una linea guida* prevede un percorso sintetizzabile in alcune fasi principali:

1. la scelta e la definizione dell'"oggetto" (o argomento) sui cui verte la linea guida;
2. la previsione dei possibili benefici clinici, dei vantaggi e degli svantaggi connessi alla sua adozione, sulla base di una rassegna sistematica delle prove scientifiche e del parere di esperti;
3. la considerazione delle implicazioni di carattere anche generale della sua adozione, ad esempio in merito alle risorse disponibili;
4. lo sviluppo di raccomandazioni di pratica clinica;
5. la redazione della linea guida;
6. l'adozione della linea guida.

Le linee guida - che possono riguardare attività preventive, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up -

prevedono lo *sviluppo di specifiche raccomandazioni*, 'pesate' in base al concetto di 'forza': maggiore è la consistenza delle prove derivate dalla ricerca scientifica (la cosiddetta 'evidence'), maggiore sarà l'accordo degli operatori alle raccomandazioni contenute nelle linee guida. Le raccomandazioni sono, dunque, l'*elemento centrale di ogni linea guida*, poiché affermano chiaramente il tipo di azione da fare o da non fare in specifiche circostanze (ad esempio: l'uso di un protettore impermeabile dei lembi della ferita riduce le infezioni postoperatorie)⁴.

Le linee guida sono nate allo scopo di *concentrare un volume sempre più ampio ed articolato di conoscenze scientifiche in un formato più facilmente utilizzabile* ed applicabile al singolo caso clinico. Infatti, la produzione di lavori scientifici è in continuo aumento e si stima che, ogni anno, vengano pubblicati oltre due milioni di articoli di medicina, in circa 20.000 riviste.

I metodi per lo sviluppo delle linee guida cliniche sono essenzialmente tre:

- l'opinione dell'esperto;
- le conferenze di consenso (*consensus conferences*);
- le revisioni sistematiche.

Il primo metodo è ritenuto il meno attendibile. Infatti, l'*opinione dell'esperto* è il prodotto di un processo non strutturato e generalmente informale, basato sull'esperienza di un singolo in un determinato campo.

La *consensus conference* ha invece lo scopo di verificare il grado di accordo tra esperti circa la gestione di una determinata situazione clinica, partendo dall'analisi dei dati disponibili in letteratura. Si tratta, in pratica, di un incontro a carattere multidisciplinare a cui partecipano personalità riconosciute per competenza ed assenza di conflitto di interessi e che è preceduto da una fase preparatoria in cui sono formulati i quesiti a cui la conferenza deve fornire una risposta. A guidare le decisioni delle *consensus conferences* sono generalmente i risultati degli studi clinici controllati.

Le conferenze tendono a stimare il grado di accordo (misure di consenso) e a risolvere il disaccordo (*sviluppo del consenso*), secondo sistemi di graduazione riferiti alle prove cliniche. Tra questi, quello suggerito dal *Council of Health Care Technology* statunitense (in cui il massimo grado di accordo è rappresentato dal grado I, per poi decrescere progressivamente) è il seguente:

- grado I: accordo basato su studi clinici controllati correttamente eseguiti;

- grado II-a: accordo basato su studi clinici non controllati correttamente eseguiti;
- grado II-b: accordo basato su studi di coorte o caso-controllo correttamente eseguiti;
- grado II-c: accordo basato su studi basati sull'osservazione di serie temporali, in presenza o assenza di un intervento;
- grado III: accordo basato su opinioni di esperti basate essenzialmente sull'esperienza clinica, meno frequentemente su studi descrittivi.

Le *revisioni sistematiche* sono strumenti generalmente retrospettivi ed osservazionali (poiché si basano su risultati già noti), in grado di sintetizzare in un'unica stima l'insieme delle prove scientifiche a favore o contro un determinato intervento. Quando i risultati degli studi originali sono sintetizzati, ma non statisticamente combinati, si parla di *revisione sistematica qualitativa*; quando i risultati dei singoli studi sono combinati statisticamente, si parla di *revisione sistematica quantitativa* o di *metanalisi*. L'ordinamento, il costante aggiornamento e la diffusione di tali strumenti è divenuto, in questi ultimi anni, l'obiettivo di un gruppo sempre più vasto di clinici, metodologi ed utenti, associatisi nella *Cochrane Collaboration*⁵.

Il *processo di produzione e di disseminazione delle linee guida* ha una certa durata e consta di varie fasi: una buona linea guida non si fa in una settimana, ma da un minimo di 6 mesi ad un anno. La prima fase è rappresentata dalla costituzione di un *gruppo di ricerca multidisciplinare*, deputato ad individuare una priorità, che generalmente coincide con un'area clinica in cui è dimostrata la necessità di introdurre linee guida, a causa di una notevole *variabilità dei comportamenti*. Una volta definiti il problema clinico e le pratiche correnti, si passa alla ricerca delle prove disponibili in letteratura. Le fonti di informazione usate sono molteplici. In particolare, possono essere classificate sostanzialmente in tre categorie:

1. le fonti tradizionali (un collega esperto, i trattati ed i libri di testo, le revisioni tradizionali);
2. le banche-dati biomediche, che indicizzano gli articoli pubblicati nelle riviste specializzate (*Medline, Embase e Cinhal*, per l'ambito infermieristico);
3. le pubblicazioni secondarie, che si basano su letteratura 'filtrata' secondo criteri evidence-based;
4. le revisioni sistematiche.

Per sintetizzare i risultati, si descrivono e si *classificano le ricerche condotte in accordo con i livelli di evidence*. Infatti, in funzione del tipo e della qualità

delle prove disponibili, le raccomandazioni cliniche delle linee guida possono essere classificate nel seguente modo:

- Classe A - Esistono buone prove scientifiche che supportano le raccomandazioni di utilizzare un dato intervento nella pratica clinica;
- Classe B - Esistono discrete prove scientifiche che supportano le raccomandazioni di utilizzare un dato intervento nella pratica clinica;
- Classe C - Esistono scarse prove scientifiche per consigliare o meno l'utilizzo di un dato intervento nella pratica clinica, ma esistono altre considerazioni a supporto delle raccomandazioni;
- Classe D - Esistono discrete prove scientifiche che supportano le raccomandazioni di non utilizzare un dato intervento nella pratica clinica;
- Classe E - Esistono buone prove scientifiche che supportano le raccomandazioni di non utilizzare un dato intervento nella pratica clinica.

Uno degli aspetti principali delle linee guida è che la loro produzione, e quindi la formulazione delle raccomandazioni che da esse derivano, deve essere fondata da un punto di vista scientifico. I requisiti a cui dovrebbero rispondere le linee guida, suggeriti dall'*Agency for Health Care Policy and Research*, sono i seguenti:

- validità: una volta adottate, le linee guida devono produrre un miglioramento in termini di salute e di economicità;
- riproducibilità: gruppi diversi, partendo dalle medesime prove, devono essere in grado di produrre le medesime raccomandazioni;
- rappresentatività: le linee guida devono essere prodotte attraverso il coinvolgimento di varie figure interessate al problema (è dimostrato che le linee-guida prodotte da gruppi multidisciplinari tendono ad essere più ragionevoli e meno restrittive);
- attendibilità: tutti gli operatori, nelle medesime circostanze cliniche, interpretano ed applicano in modo sostanzialmente sovrapponibile le raccomandazioni;
- applicabilità: le linee guida devono far riferimento a coorti di pazienti con caratteristiche definite;
- flessibilità: le linee guida devono considerare quali situazioni devono considerarsi eccezioni e quali tra le indicazioni di preferenza dei pazienti possono essere prese in considerazione;
- chiarezza: le linee guida devono essere presentate in un formato consono all'uso nella pratica clinica, senza utilizzare un linguaggio ambiguo;

- concretezza: le linee guida devono raccomandare azioni specifiche;
- documentabilità: le linee guida devono riportare il nome dei partecipanti alla loro produzione, la metodologia utilizzata e le prove scientifiche su cui sono basate, nonché la qualità di queste ultime;
- aggiornabilità: le linee guida devono prevedere in quali circostanze esse stesse devono essere aggiornate rispetto alle prove scientifiche di riferimento.

Le linee guida rappresentano un valido strumento per la pratica clinica, per l'aggiornamento e per l'educazione permanente. Tuttavia, una scelta diversa da quella suggerita dalle linee guida, motivata e riportata sulla documentazione, non deve essere interpretata necessariamente come *malpractice*, in virtù dei principi della libertà di cura e della personalizzazione dell'assistenza cui si è accennato nel paragrafo precedente.

Le linee guida offrono altri potenziali vantaggi per il paziente. Spesso una versione divulgativa 'per l'utente', realizzata tramite depliant o videotape, riesce ad informare esaustivamente circa le diverse opzioni terapeutiche, aiutando i pazienti a partecipare alla scelta del trattamento in modo più consapevole.

I percorsi clinico-assistenziali (*clinical pathway*)

I percorsi clinico-assistenziali (*clinical pathway*) prestabiliscono uno schema ottimale della sequenza dei comportamenti in relazione all'*iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale da attivare a fronte di una situazione clinica tipica*, allo scopo di massimizzare l'efficacia e l'efficienza delle attività. Tali schemi, da considerarsi comunque flessibili e non statici, presuppongono, perciò, la possibilità di essere impiegati nella maggior parte dei casi in cui si presenta una determinata situazione o patologia.

Essi prevedono la costruzione di un percorso metodologico incentrato sui seguenti aspetti principali:

1. la definizione delle *caratteristiche cliniche (o patologiche)* del paziente a cui si riferisce il *clinical pathway*;
2. la specificazione delle *azioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali e la loro sequenza*;
3. la definizione degli *esiti* di salute, in termini di promozione, miglioramento o mantenimento della situazione clinica presente, ad esempio, all'inizio del ricovero.

Alcuni autori associano i percorsi clinico-assistenziali al *Managed Care System* ed alla necessità di esplicitare all'interno della singola struttura sanitaria gli

standard minimi di cura ed assistenza. Inoltre, essi sono considerati parte integrante del sistema di documentazione delle attività svolte dai medici e dagli infermieri.

I *clinical pathway* in ambito infermieristico possono essere costruiti in relazione:

- ad un particolare processo diagnostico (ad esempio, la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica della donna portatrice di tumore alla mammella);
- ad un particolare insieme di trattamenti (ad esempio, il recupero dell'autonomia nel soddisfacimento del bisogno di eliminazione dopo un intervento chirurgico di gastrectomia);
- ad un iter diagnostico o terapeutico da condurre in collaborazione con altre figure sanitarie.

La concezione del percorso clinico-assistenziale come *strumento metodologico di pianificazione dell'assistenza infermieristica*, impone l'esame delle *condizioni operative* che ne rendono possibile (ed utile) la costruzione e l'applicazione a specifiche situazioni cliniche. Occorre cioè individuare correttamente le *circostanze in presenza delle quali è possibile definire un profilo di assistenza infermieristica standardizzata per situazioni cliniche prevedibili*, le sole che possono essere oggetto della costruzione di *protocolli*:

- l'esistenza di una *situazione clinica sufficientemente ed univocamente delineata*;
- la *prevedibilità*, in tale situazione, di uno *più bisogni di assistenza infermieristica*, della loro modalità di manifestazione, delle loro eventuali cause;
- la possibilità di *esplicitare uno o più esiti finali*;
- la possibilità di scegliere ed indicare atti da eseguire e specifiche procedure da rispettare, specificando modalità, tempi, repertorio di risorse, ecc.;
- la possibilità di definire *criteri (indicatori e standard)* per valutare l'efficacia dell'intervento professionale;
- la possibilità di *personalizzare* il protocollo, cioè di realizzare la flessibilità, modificando alcune sue parti, affinché si adatti meglio alle particolari esigenze manifestate dalla persona assistita⁶.

Il percorso clinico-assistenziale, pertanto, rappresenta una scelta da realizzare sulla *base dell'analisi dei bisogni di assistenza infermieristica identificati e della situazione in cui si manifestano*, poiché è necessario verificare la presenza delle condizioni sopra descritte per attivare un protocollo (*condizione sine qua non* sono, appunto, la *prevedibilità* della situazione clinica e la *tipicità* della categoria diagnostica, cioè il bisogno di assistenza infermieristica).

L'adozione dei *clinical pathway*, pertanto, rappresenta una fondamentale strategia per governare il sistema organizzativo ed informativo di una determinata unità operativa, poiché orienta la prassi in funzione del controllo dei risultati degli esiti assistenziali e, quindi, della qualità delle prestazioni. Inoltre, la diffusione di tali strumenti potenzia e favorisce *l'integrazione interdisciplinare ed il ruolo degli infermieri nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica e nel controllo della qualità*.

Le procedure

Le *procedure infermieristiche* rappresentano la forma di standardizzazione più elementare, poiché si riferiscono ad una successione logica di azioni, più o meno rigidamente definite, allo scopo di raccomandare la modalità tecnicamente ottimale di eseguire una *tecnica infermieristica semplice o complessa*. Obiettivo delle procedure è dunque la riduzione della variabilità ingiustificata ed il perseguimento di una relativa uniformità dei comportamenti. Il fatto che tali strumenti riguardino unità anche elementari di un determinato processo assistenziale (ad esempio, il posizionamento di dispositivi intravascolari nella preparazione all'angiografia venosa, la sostituzione dei contenitori di raccolta dei sistemi di drenaggio toracico, ecc.), rende possibile - e spesso auspicabile - una loro *trasversalità di utilizzo*, cioè l'adozione o lo 'scambio' della procedura tra differenti unità operative ed il loro inserimento all'interno di specifici percorsi clinico-assistenziali.

Oltre alle procedure dirette alla standardizzazione della pratica infermieristica, si possono costruire procedure dirette alla *standardizzazione dei metodi e degli strumenti* (ad esempio, le modalità per il passaggio delle informazioni al cambio del turno di servizio) o, ancora, procedure dirette alla *standardizzazione dell'organizzazione delle attività infermieristiche e domestico-alberghiere* (ad esempio, la documentazione infermieristica da rilasciare alla dimissione o l'acquisizione e la distribuzione dei pasti dalla cucina centralizzata).

Uno schema generale per la costruzione di procedure deve considerare:

- la definizione di un *titolo*, descrittivo del *campo di applicazione* della procedura e dei suoi scopi;
- la formulazione di un *glossario* delle sigle e delle definizioni utilizzate nel testo della procedura;
- la definizione delle *responsabilità* e delle *competenze* degli operatori coinvolti nell'esecuzione della procedura;

- la definizione della *sequenza*, delle *modalità*, della *tempistica* e dell'impiego di *risorse* e *materiali* per ciascuna attività che compone la procedura;
- la segnalazione delle possibili *complicanze*;
- le *eccezioni* alla sua applicazione;
- la *bibliografia* di riferimento;
- l'indicazione degli *autori* che hanno formulato la procedura;
- la *data della stesura* e delle eventuali *revisioni*.

Le attività che meritano di essere oggetto di una specifica procedura devono essere strettamente legate a ciò che i professionisti ritengono realmente utile o necessario al miglioramento dell'attività clinica e di équipe. Infatti, il percorso di costruzione, applicazione e verifica continua delle procedure è comunque complesso e richiede un investimento di risorse (tempo, materiali, energie intellettuali, accordo tra professionisti, ecc.) e non può essere destinato ad 'oggetti' non percepiti come prioritari o magari 'imposti' da altre figure professionali o dalle direzioni. Alcune teorie manageriali forniscono numerose tecniche per 'scovare' l'attività su cui è necessario, o più utile, o più conveniente orientarsi. Ad esempio, il cosiddetto '*incidente critico*', che può essere utilizzato in qualsiasi ambito o specialità: tutti gli operatori si impegnano a monitorare, per un certo periodo di tempo, l'attività di reparto allo scopo di registrare (meglio per scritto) eventuali errori, *malpractices*, e lamentele e di individuare i problemi più gravi o più frequenti di una realtà. Questa tecnica è facilmente applicabile anche se ha dei limiti. Il problema individuato diviene il punto di partenza per la costruzione delle procedure: il passaggio successivo consiste nel cercare di standardizzare tutte le attività che incidono sul manifestarsi di quel determinato problema.

Naturalmente, non c'è un'unica modalità che deve essere adottata per costruire una procedura. Ad ogni modo, è *indispensabile che alla sua redazione concorrono in primo luogo i 'clinici' e che si evitino a p p rocci top-down generati da coordinatori, dirigenti, docenti o altro ...* Ugualmente, è necessaria una piena condivisione da parte di tutti gli utilizzatori: non serve formalizzare una procedura se poi è rispettata solo da alcuni; a questo proposito, la migliore garanzia della massima condivisione è data dal lavoro di gruppo. Infine, devono essere codificate e condivise non solo le modalità di applicazione (quando la si applica, in quali situazioni, per quali assistiti, ecc.) ma anche le *modalità di aggiornamento continuo e revisione*: anche su questo aspetto non esistono regole fisse, vale la ricerca della massima

partecipazione e del massimo coinvolgimento possibili degli utilizzatori.

Esistono pareri discordanti sui ruoli e sulle *funzioni di controllo, verifica e certificazione delle procedure e dei diversi strumenti della metodologia e della pratica di nursing*. Per molti versi, è un aspetto che attiene in primo luogo la politica professionale e, dunque, risente delle diverse concezioni che i professionisti hanno di figure, istituti ed organi quali i Collegi, le associazioni professionali, i propri dirigenti, ecc. Tuttavia, se è vero che una gestione verticistica della fase produttiva può risultare scarsamente motivante, è altrettanto vero che un'efficace forma di controllo al di sopra della singola unità operativa consente una più ampia diffusione e condivisione delle esperienze maturate a livello locale.

Standardizzazione o personalizzazione? Un falso dilemma

La riflessione sulla standardizzazione dell'assistenza infermieristica rimanda alla più generale questione della *dimensione tecnica del nursing*. L'evoluzione tecnologica della medicina e dell'assistenza infermieristica rappresenta, per molti infermieri, una delle principali cause del rischio di *disumanizzazione, depersonalizzazione e 'cosificazione'* della persona assistita. In altre parole, la tecnica si tradurrebbe in comportamenti clinici routinari e 'burocratizzati' e porterebbe alla negazione dell'individualità, della soggettività e della dignità dei pazienti, al punto, dunque, da mettere in discussione il ruolo stesso degli infermieri, *privati in qualche misura, ad opera della tecnologia, della loro ragione sociale e delle finalità assistenziali*. Il nursing scientifico e tecnologico, secondo tale prospettiva, promuove un paradigma confliggente con l'imperativo deontologico dell'infermiere di 'essere vicino' (tale è l'etimologia latina del termine 'assistenza': *ad-sisto*) e di prendersi cura della persona in toto, in una *relazione professionale autentica e di tipo empatico*. Per altri infermieri, viceversa, la tecnologia costituisce non solo un aiuto concreto nella pratica clinica, ma anche un fattore di professionalizzazione da non trascurare. In tal senso, gli infermieri avrebbero ottenuto una più salda consapevolezza della propria identità professionale ed un maggior riconoscimento sociale proprio in ragione della *competenza tecnica specifica*, elemento maturato attraverso impegnativi percorsi di studio e distintivo nei confronti delle tante figure di supporto, che si limitano ad un'assistenza generica, esecutiva e poco tecnologica.

A nostro parere, il *problema del rischio tecnicistico non riguarda la tecnica in sé, ma il più generale contesto assistenziale nella quale viene esercitata*: non il catetere, non la sequenza procedurale per posizionarlo o rimuoverlo, ma il processo infermieristico che porta a pianificare ed eseguire il cateterismo e la relazione con l'infermiere che si svolge prima, durante e dopo l'intervento tecnico possono esporre la persona ad un'assistenza routinaria e spersonalizzata. È il metodo ad essere chiamato in causa, *non l'oggetto tecnologico o il procedimento formale con il quale deve essere usato*. L'infermiere può essere in grado di compiere numerosi ed impegnativi interventi tecnici, anche standardizzati, senza, per questo, rinunciare all'azione complementare della propria *professionalità relazionale, comunicativa e, persino, artistica*. Alla tecnica dei 'tecnici' e delle fredde macchine, l'infermiere può sempre accompagnare una tecnica più adeguata allo scopo della promozione della salute. La personalizzazione dell'assistenza non dipende dalla scelta della tecnica, ma dalla sua collocazione in un rapporto professionale autentico, capace di riconoscere nella persona assistita non un 'oggetto', ma un soggetto⁷. Milos Janicek ha definito il rapporto tra standardizzazione e soggettività del malato come 'il crocevia di clinica, etica ed economia'. In tal senso, collegare *la convinzione dell'opportunità di perseguire la pratica sanitaria basata sulle prove con i valori a cui il malato fa riferimento e le sue preferenze costituisce il vero fondamento della Evidence-based Practice*⁸. Infatti - aggiunge - non è tanto difficile identificare una 'prova di efficacia' capace di suggerire un comportamento o di sollecitare l'assunzione di una decisione clinica, quanto, piuttosto, riuscire a renderla compatibile con le preferenze tacite o espresse dal paziente. In questo senso, la ricerca qualitativa - spesso fortemente sostenuta da psicologi, sociologi ed infermieri - può contribuire ad una migliore comprensione della realtà, mediante lo studio dei singoli 'casi' (le cosiddette '*clinical situations*'). Oggi è accettato che la 'clinimetrics', cioè l'attenzione alle 'misure in clinica' non si debba limitare alla pressione arteriosa o al livello di colesterolo, ma debba prestare massima attenzione anche alla raccolta dei dati 'soft', intendendo, con questo termine, sentimenti quali la tristezza, la solitudine, lo sconforto.

Ecco, dunque, che la costante attenzione alla personalizzazione dell'assistenza, tipica della moderna dottrina infermieristica, può riorientare i più moderni

modelli di standardizzazione verso soluzioni *non deterministiche ma sistemiche*, cioè basate su una visione olistica della persona assistita e dei suoi bisogni di salute, *non rigide ma flessibili, non meramente tecniche ma professionali*.

Conclusioni

Gli effetti benefici del trasferimento nella pratica clinica di linee guida, raccomandazioni, percorsi clinico-assistenziali e procedure dipendono da numerosi fattori, dei quali i più rilevanti, in ordine alla natura dell'assistenza infermieristica, sono:

1. il giusto grado di *flessibilità* nell'interpretare ed utilizzare tali strumenti, in ragione della situazione clinica e delle caratteristiche individuali dei pazienti; diversamente, si incorrerebbe nell'*eccesso di standardizzazione* e nel conseguente approccio *routinario* alla cura della persona;
2. una *cultura professionale ed organizzativa interdisciplinare ed d'équipe*, orientata alla qualità dei risultati, all'efficienza e, soprattutto, disponibile al cambiamento⁹.

Infatti, nel percorso di crescita delle competenze infermieristiche, occorre sapersi *aprire ad una vera logica interdisciplinare*. Accettare che ciascuna figura professionale agisca 'in proprio', con metodi propri e decisioni indipendenti ed interessandosi solo ad una 'porzione' della salute della persona (come se esistesse un malato degli infermieri diverso da quello dei medici, essendovi invece solo e soltanto un malato!) impedisce la *condivisione delle responsabilità* ed il *miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria*. Tale aspetto coinvolge dunque, ancora una volta, il *rapporto tra clinica ed organizzazione*: se è vero che la diagnosi e la decisione clinica si riferiscono giuridicamente ad una sola figura, in quanto responsabile dell'assistenza assicurata ad un beneficiario, le *decisioni gestionali spettano all'intera équipe e su di essa ricadono*. Ciò implica che la traduzione operativa dei principi di una pratica fondata sulle prove scientifiche non può *sottrarsi alla costruzione interdisciplinare di standard* che garantiscano all'infermiere, come alle altre figure sanitarie, di inserire il proprio contributo professionale all'interno di obiettivi di salute condivisi da tutti i soggetti coinvolti nella presa di decisione. Soprattutto a questo devono servire l'autonomia e la responsabilità riconosciute agli infermieri attraverso la nuova normativa, che definisce l'assistenza infermieristica come *professione sanitaria* e non più come *professione sanitaria ausiliaria*.

Note

1. L. Freak et Al., "Leg ulcer care in the UK: an audit of cost-effectiveness", *Health Trends*, 27, 1996: pp. 133-136.
2. P. Di Giulio, "Una strategia professionale basata sul risultato", *Foglio Notizie*, 4, 1997.
3. Mentre la qualità attiene alla valutazione della razionalità tecnica, dell'efficienza e, soprattutto, dell'efficacia di un intervento, l'*appropriatezza* riguarda la valutazione della necessità di un intervento in relazione alle condizioni cliniche manifestate dal paziente. Una procedura, pertanto, potrebbe essere condotta in modo ineccepibile sul piano della qualità tecnica, ma rivelarsi inappropriata in relazione alle condizioni di salute della persona a cui è stata destinata.
4. P. Di Giulio (a cura di), "Operatori ed assistiti, quanto conta il rapporto", *L'Infermiere*, 2, 2001, p. 55.
5. Si è soliti collegare la nascita dell'*Evidence-based Medicine* al pensiero e all'opera svolta, soprattutto negli anni Settanta, dall'eminente epidemiologo inglese Archibald Cochrane, tra i primi a sottoporre a critica spietata la prassi medica, a suo parere troppo 'indifferente' ai risultati della ricerca scientifica. Ma solo nel 1992 è stato coniato il nuovo termine, in un articolo intitolato "Evidence-based Medicine: a New Approach to Teaching the Practice of Medicine" pubblicato da JAMA. Nel 1993 viene fondata la *Cochrane Collaboration*, una struttura internazionale con il compito di preparare, aggiornare e diffondere *revisioni sistematiche degli studi clinici controllati* sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non siano disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti. Nel 1996, David Sackett fornisce una prima articolata definizione di EBM: una prassi medica nella quale la valutazione degli atti diagnostici e le decisioni concernenti gli interventi terapeutici sono effettuati sulla base di un'analisi attenta e sistematica delle *informazioni* che provengono dalla più recente ricerca clinica.
6. P.C. Motta, "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico", *Nursing Oggi*, 4, 1998.
7. P.C. Motta, "Tecnica ed assistenza infermieristica: un inquadramento concettuale", in *L'infermiere e l'evoluzione della prassi: le proposte dei professionisti*, XXXIII Congresso Nazionale promosso dall'A.N.I.N., Rimini, 2001.
8. M. Janicek, *Casi clinici ed Evidence-based Medicine*, Roma, 2001.
9. A tale proposito, Paola Di Giulio sottolinea come il miglioramento continuo della qualità dipenda dalla

sola iniziativa volontaristica degli operatori ma preveda il coinvolgimento dell'intera organizzazione, perché molti cambiamenti, anche nella clinica, devono poter contare su un supporto delle direzioni e su un impegno di risorse. "[...] non c'è nulla (forse molto poco) che possa essere fatto dai soli medici o dai soli infermieri". P. Di Giulio, "L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze", in F. Cavazzuti, G. Cremonini, *Assistenza geriatrica oggi*, Milano, 1998.

Bibliografia

- R. Broda et Al., *Clinical Pathway: un metodo per il miglioramento della qualità in ambito ospedaliero*, Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino.
- A. Cartabellotta, "I trasferimenti dei risultati dalla ricerca alla pratica clinica", *Recenti progressi in medicina*, 3, 1998.
- F. Davidoff, B. Haynes, D. Sackett, R. Smith, "Evidence based medicine", *BMJ*, 310, 1995: pp. 1085-1086.
- P. Di Giulio, "Evidenze: al di là della routine", *L'Infermiere*, 1, 2000.
- P. Di Giulio, "L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze", in F. Cavazzuti, G. Cremonini, *Assistenza geriatrica oggi*, Milano, 1998.
- P. Di Giulio, "Una strategia professionale basata sul risultato", *Foglio Notizie*, 4, 1997.
- G. Federspil, C. Scandellari, "A proposito di Evidenza. La medicina basata sulle evidenze. Un'analisi epistemologica", *Medic*, 1, 1999.
- L. Freak et Al., "Leg ulcer care in the UK: an audit of cost-effectiveness", *Health Trends*, 27, 1996: pp. 133-136.
- E. Fumagalli, "Evidence Based Nursing: istruzioni per l'uso", *Nursing Oggi*, 1, 2000.
- S. Garattini, "Ricerca: un investimento per crescere", *L'Infermiere*, 1, 2000.
- G. F. Gensini, A. Conti, "La medicina tra arte e linee guida", *Tendenze Nuove*, 1, 2000.
- R. Grilli, N. Magrini, A. Penna, G. Mura, A. Liberati, "Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal", *Lancet*, 335, 2000: pp. 103-106.
- R. Grilli, A. Penna, A. Liberati, *Migliorare la pratica clinica*, Roma, 1995.
- M. Janicek, *Casi clinici ed evidence-based medicine*, Roma, 2001.
- A. Liberati (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della Evidence-based Medicine*, Roma, 1997.
- A. Liberati et Al., "La Evidence-based Medicine: origini e prospettive", *Tendenze Nuove*, 1, 1997.

- P.C. Motta, "Dolore ed evidenza scientifica della pratica infermieristica", in *Dolore e assistenza infermieristica*, atti del V Congresso Nazionale promosso dalla Società Italiana dei Clinici del Dolore (SICD), Modena, 2000.
- P.C. Motta, "Il processo di assistenza infermieristica", in E. Fumagalli, E. Lamboglia, G. Magon, P. C. Motta, *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*, Torino, 1998.
- P.C. Motta, "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico", *Nursing Oggi*, 4, 1998.
- P.C. Motta, "Recenti fattori di sviluppo delle competenze infermieristiche nel panorama italiano: una riflessione sulla formazione, sulla specializzazione e sulla ricerca", in P.C. Motta (a cura di), *Infermiere e sclerosi multiple*, atti del Convegno promosso dalla Fondazione Serono, Milano, 2001.
- P.C. Motta, "Tecnica ed assistenza infermieristica: un inquadramento concettuale", in *L'infermiere e l'evoluzione della prassi: le proposte dei professionisti*, XXXIII Congresso Nazionale promosso dall'A.N.I.N., Rimini, 2001.
- L. Pagliaro, "A proposito di Evidenza. Commento", *Medic*, 1, 1999.
- L. Pagliaro, "Medicina basata sulle evidenze", *Recenti progressi in medicina*, 3, 1998.
- M.-L. Perälä, *Evidence-Based Practice and Clinical Effectiveness*, Ufficio Europeo dell'OMS, 2000.
- P.G. Shekelle, S.H. Woolf, M. Eccles, J. Grimshaw, "Clinical guidelines: Developing guidelines", *BMJ*, 318, 1999: pp. 593-596.
- D. Sackett, "Guidelines and killer Bs", *Evidence-Based Medicine*, 4, 1999.
- D. Sniderman, "Clinical trials, consensus conference and clinical practice", *Lancet*, 354, 1999: pp. 327-330.
- S.H. Woolf, R. Grol, A. Hutchinson, J. Grimshaw, "Clinical guidelines: Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines", *BMJ*, 318, 1999: pp. 527-530.