

IL SISTEMA INFORMATIVO

Gli infermieri possono tenere sotto controllo i processi di cui hanno responsabilità solo se dispongono di

INFORMAZIONI



Esse possono influenzare tipo e qualità dell'assistenza

Le informazioni servono allo svolgimento quotidiano delle attività di erogazione del Servizio

- Esempio: in UO di Lungodegenza le informazioni operative riguardano i parametri vitali, quali pazienti prescritti a letto, quali vanno stimolati nell'alimentazione o nella deambulazione

Il sistema informativo di supporto alle attività assistenziali quotidiane si basa su processi quali:

- Compilazione di schede, piani, cartella infermieristica o integrata..
- Trasmissione delle prescrizioni terapeutiche
- Approvvigionamento di materiali e/o farmaci...
- Ordini di presidi particolari (materassi antidecubito...)

OBIETTIVO delle INFORMAZIONI

- Minimizzare n° errori
- Condividere le conoscenze
- Aumentare l'efficacia complessiva dell'organizzazione

Alcune riflessioni

- Quali strumenti informativi conosciamo, utilizziamo, sono necessari...
- Quale finalità
- Quale scopo
- Quali caratteristiche specifiche
- Quale integrazione
- Quali strategie per implementarli

Questioni aperte

- Che cosa dobbiamo registrare?
- Quando registrare e quanto scrivere? Scrivere tanto o poco?
- Dobbiamo scrivere ciò che abbiamo fatto o ciò che c'è da fare?
- Ciò che scriviamo è prospettico o retrospettivo?
- Documentare/scrivere tanto o poco modifica gli esiti sui pazienti?
- I dati che registriamo sono “utilizzabili” ?
- Gli strumenti sono utili per chi? Per il paziente o per l'infermiere?

Gli strumenti

Gli infermieri dedicano molto tempo a registrare *versus* l'assistenza diretta al paziente: scriviamo tanto ma riportiamo dati con bassissimo potere informativo. Dobbiamo eticamente chiederci se tutto ciò che registriamo è efficace e serve per il malato e per i suoi esiti.

Gli strumenti: finalità

- Definire gli aspetti essenziali dell'assistenza
- Mantenere la continuità assistenziale
- Differenziare la responsabilità
- Valutare l'assistenza
- Classificare i pazienti e definire i carichi di lavoro
- Ridurre i tempi della consegna
- Fornire dati in caso di ricerche o controversie legali
- Aderire agli standard professionali

Gli infermieri hanno difficoltà a scrivere DIBATTITO

PRO

- occasione di emancipazione
- opportunità di linguaggio comune

CONTRO

- STRUMENTI TEORICI
- MANCANZA DI TEMPO
- COMPLESSITA'

Gli strumenti

PER PROGETTARE

L'assistenza al
paziente

**Pensiero
prospettico**

PER DOCUMENTARE

- l'evoluzione del paziente
- l'assistenza erogata
- la storia del paziente

**Pensiero
retrospettivo**

Gli strumenti: requisiti

Per progettare

Prevedere i bisogni di assistenza

Scegliere gli interventi da attuare

Prescrivere cosa fare

Organizzare l'assistenza

Garantire la continuità dell'assistenza

piano assistenziale

Per documentare

Riportare i dati, le informazioni che documentano l'evoluzione dei problemi del paziente

Registare attività realizzate

Descrivere i risultati ottenuti

cartella assistenziale integrata

Strumenti

Piani di assistenza standard
Piani di assistenza personalizzati
Piani di dimissione

Linee guida
Protocolli
Procedure

Clinical pathways

Cartella integrata

Quale scopo

**Progettare
l'assistenza**



Piani di assistenza
standard

Piani di assistenza
personalizzati

Piani di dimissione

Clinical pathway

**Attuare
un'assistenza
appropriata**



Linee guida

Protocolli

Procedure

**Documentare
l'assistenza e
la storia del
paziente**



Cartella
Integrata

I criteri di scelta per scegliere, elaborare, costruire strumenti?

Redfern, 1996; Zimmermann 2001; Myers 1997

Gli strumenti devono far riflettere sui bisogni dei pazienti

- Stabilità vs instabilità clinica
- intensità della complessità assistenziale
- durata della presa in carico

Devono guidare le decisioni da pianificare

- problemi prevedibili vs problemi non prevedibili
- decisioni del “momento” vs decisioni “di progetto”;
- decisioni da assunte “da soli” vs “decisioni integrate”
- decisioni “standard” vs “decisioni” altamente personalizzate”

I criteri di scelta per scegliere, elaborare, costruire strumenti?

Redfern, 1996; Zimmermann 2001; Myers 1997

Devono stimolare la riflessione e dibattito sulle competenze infermieristiche

- nelle previsione, decisione e prescrizione
- nella gestione degli strumenti di pianificazione

Devono essere coerenti con il modello organizzativo del contesto

- modelli organizzativi di presa in carico
- lavoro multidisciplinare integrazione tra equipe

Efficacia degli strumenti di pianificazione

- piani standard
 - garantiscono livelli uniformi di assistenza
 - aiutano gli studenti a imparare buoni standard assistenziali
 - migliorano l'integrazione con gli operatori di supporto
- piani personalizzati
 - migliorano la gestione di alcuni problemi (esempio dispnea, ansia/stress)

Efficacia degli strumenti di pianificazione

- clinical pathway
 - riducono la durata della degenza
 - nella gestione delle persone sottoposte es. a mastectomia o frattura del femore riducono il tempo intercorso tra diagnosi ed intervento
- piani di dimissione
 - riducono la durata della degenza
 - riducono le riammissioni
 - aumentano la soddisfazione dell'utente

Piani standard

Con il termine '*standardizzazione*' si intende il processo finalizzato ad uniformare attività e prodotti sulla base di norme, tipi e modelli di riferimento.

- Significa costruire ed adottare standard, nel momento della pianificazione e dell'organizzazione degli interventi da realizzare in risposta ai bisogni della persona assistita
- Non significa **ridurre la prassi ad una routine indifferenziata** non tenendo in considerazione la soggettività della persona assistita

ma al contrario

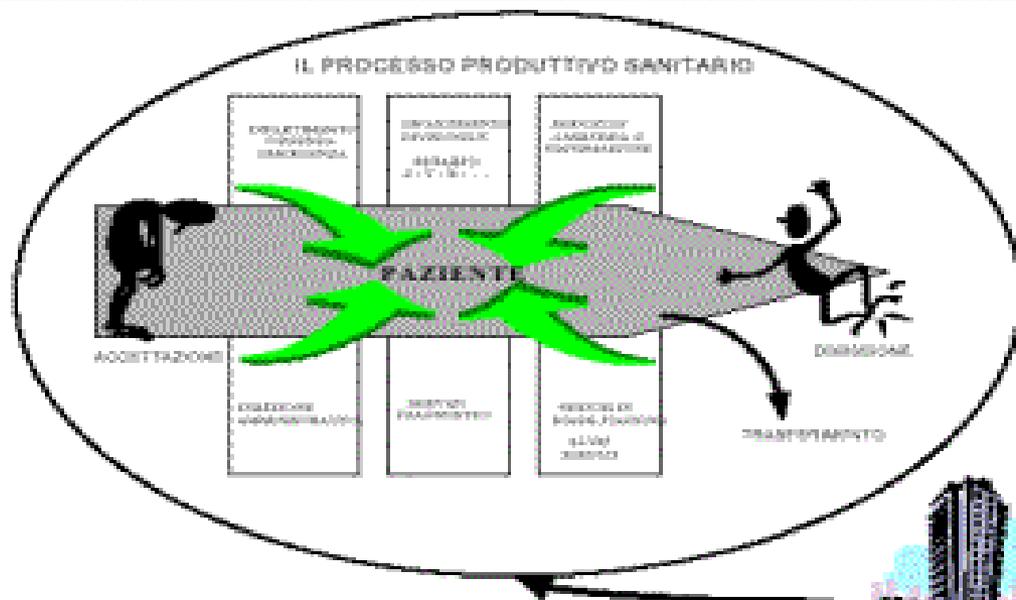
assicurarle il livello della qualità della prestazione che le è **dovuta**

Piani di Assistenza

D.I.	Criteri di risultato	Interventi	Data firma
<p>Rischio elevato di compromissione dell'integrità cutanea correlata a riduzione della mobilità</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Assenza di eritemi▪ Assenza di soluzioni di continuo della cute	<ul style="list-style-type: none">▪ Valutazione cutanea (stato di coscienza, nutrizione, mobilità, incontinenza, etc.)▪ Protocollo di prevenzione (cambiare di posizione, usare appositi materassini, etc.)▪ Cura della cute (ispezione quotidiana, cute pulita e asciutta, etc.)	

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT):

È l'iter assistenziale che un paziente segue per risolvere un problema di salute, descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività di cui si compone il processo di cura



Il PDT è strumento di governo dei processi produttivi ospedalieri sotto il profilo clinico, organizzativo e di costo...

... ma è anche strumento per una migliore integrazione ospedale-territorio e gestione olistica del paziente



Clinical pathway (CP)

“E’ uno strumento utilizzato per definire il percorso migliore per ottenere uno standard elevato di cura con costi limitati”

Capuano 1995, Zander 1990

La costruzione di un CP per una patologia è necessaria quando sono evidenti:

- alti costi
- alti rischi
- alto volume di pazienti

Esempi di risultato dopo l'introduzione di CP in USA

Aneurisma dell'aorta addominale

- < degenza media (- 3 gg)
- < dei costi
- > modifiche piani di trattamento
- < volume interstiziale (dal 73% al 24%)
- verifica dei fattori predittivi per degenza media e costi

Muluk et al., 1997

Amputazione arto inferiore per arteriopatia obliterante

- < degenza media (da 11 a 8 gg)
- < costi (dopo verifica dei primi CP)
- < complicanze

Schaldech, 1997

Lo sviluppo di un CP

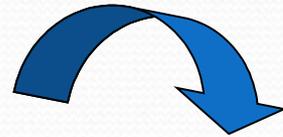
- va integrato nell'ambito di una riorganizzazione globale dei processi (organizational reengineering)
- anche se la motivazione di base è la < dei costi
- perché comunque vi è **l'opportunità di un miglioramento della qualità**
- e la < delle variazioni nelle cure

Un Clinical Pathway è specifico per l'istituzione che lo ha elaborato

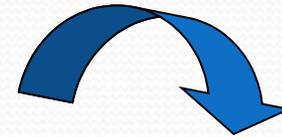
- Deve mostrare la necessaria coordinazione delle cure entro i limiti del DRG, ma allo standard più alto delle linee guida
- Deve essere specifico per una diagnosi di ammissione
- Fa parte degli scopi di cura

Gli strumenti di appropriatezza

Linee guida



Protocolli



Procedure



Come orientarsi?

Cos'è una Linea Guida?

Linee guida

- Insieme di raccomandazioni, sviluppate sistematicamente, basate su evidenza scientifica a favore o contro un determinato intervento
- Costituiscono “raccomandazioni” sul comportamento pratico da tenere.
- Sono prodotte da società scientifiche, associazioni professionali, istituzioni sanitarie

Forza delle raccomandazioni

A	Sta a indicare una forte raccomandazione a favore dell'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
B	Quando si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata .
C	Quando esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
D o E	Quando l'esecuzione della procedura non è raccomandata .
E	Quando si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

Classificazione di “forza” delle evidenze

1°livello: Derivano da raccomandazione di tipo **A** e revisioni sistematiche, metanalisi, trials di valore statistico;

alto

2°livello: Derivano da raccomandazione di tipo **B** e da trials clinici randomizzati di minor spessore statistico;

3°livello: Derivano da raccomandazione di tipo **C**, **D** ed **E**; e da studi senza gruppo controllo, descrittivi, o su raccomandazioni basate sulla esperienza di esperti.

Cos'è un

Protocollo?

Protocollo

Schema ottimale della sequenza di comportamenti da adottare in relazione ad un determinato iter diagnostico, terapeutico, assistenziale da attivare nei confronti di una situazione clinica tipica

- Per un uso razionale delle risorse
- Per la tutela giuridica dell'operatore

Per definire un protocollo:

- Coinvolgere tutti gli operatori sanitari del gruppo di riferimento in tutte le fasi
- Analizzare il problema
- Definire i criteri standard (sulla base della evidenza disponibile e del parere degli esperti)
- Adattare alla realtà ed alle risorse disponibili
- Valutare e revisionare periodicamente verificando:
 - Risultati ottenuti
 - Affidabilità
 - Efficacia

Esempio di protocollo

Identificazione della situazione assistenziale

Gestione linea venosa centrale:

- prevenzione contaminazione della superficie esterna del C.V.C.
- prevenzione contaminazione del lume interno



**Cos'è una
Procedura?**

Procedura

- Documento che tende a descrivere in modo dettagliato quanto pianificato, in termini di responsabilità delegata, e di modalità operativa; finalizzato al corretto svolgimento delle attività.

Definisce come le attività devono essere attuate, controllate, registrate.

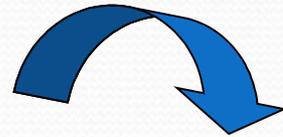
- **È vincolante ai fini del modo di operare nella struttura che le ha redatte.**
- Es: Preparazione del materiale per incanulamento vena periferica

PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	PROTOCOLLO	PROCEDURA
<p>comprende il processo diagnostico e la pianificazione, riferiti alla <i>totalità dei bisogni di assistenza infermieristica</i> di una o più persone assistite.</p>	<p>descrive i risultati attesi e l'insieme di azioni e procedure da attivare per la risposta ad <i>uno o più bisogni di assistenza infermieristica relativi ad una situazione clinica preventivamente nota.</i></p>	<p>descrive la <i>modalità per l'esecuzione di un'azione infermieristica.</i></p>
<p>è un <i>metodo</i> infermieristico.</p>	<p>è uno <i>strumento</i>; può anche essere <i>pluridisciplinare</i>.</p>	<p>è uno <i>strumento infermieristico</i>.</p>
<p>consente di valutare l'<i>efficacia dell'assistenza infermieristica nella sua globalità.</i></p>	<p>consente di valutare l'<i>efficacia di una o più prestazioni infermieristiche.</i></p>	<p>consente di valutare l'<i>efficacia e l'efficienza delle singole azioni infermieristiche.</i></p>
<p>è elaborato <i>in progress</i> ed è documentato nella <i>cartella infermieristica.</i></p>	<p>è elaborato da un gruppo appositamente incaricato ed è <i>archiviato nell'unità operativa</i>; è consultabile presso la direzione infermieristica.</p>	<p>è elaborata dal gruppo professionale ed è <i>archiviata nell'unità operativa</i>; è consultabile presso la direzione infermieristica.</p>

Per esemplificare

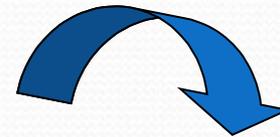
Linee guida

Linee guida per la gestione delle Ldd a livello nazionale



Protocolli

Protocollo per il trattamento delle Ldd a livello ospedaliero



Procedure

Procedura per la detersione delle Ldd Infermieri U.O.

Cartella Sanitaria Integrata

- Rileva il processo diagnostico terapeutico, gli atti medici e gli atti sanitari attuati da tutte le professioni sanitarie che si prendono cura della persona assistita.
- L'utilizzo di tale cartella favorisce l'efficacia tecnica e l'efficienza organizzativa patient centered.

La cartella integrata

- Strumento su cui si basa la pianificazione
- Set di dati essenziali che documenta l'evoluzione dello stato del pz
- Gli outcomes sono presidiati dagli infermieri
- La tipologia di misurazioni è definita
- Le professioni coinvolte sono responsabilizzate

Aspetti medico-legali della documentazione infermieristica

E' la stessa normativa a sancire per gli Infermieri l'obbligo di compilare la documentazione relativa all'assistenza prestata.

- La legge n. 42 del 26/02/1999 definisce infatti due importanti elementi della professione infermieristica:
 1. la sostituzione della definizione di “professione sanitaria ausiliaria” con quella di “professione sanitaria”
 2. l'abolizione del “Mansionario” (DPR 225/74)

Nel DPR 384 del 1990, la documentazione infermieristica viene riconosciuta come “atto pubblico in senso lato”, in quanto redatto da un *“incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni”*.

Valgono le stesse regole di compilazione, segreto e conservazione applicate alla Cartella Clinica, che secondo l'art. 23 del Codice di Deontologia Medica, del 1998, cita, *“la cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole di buona pratica clinica e contenere oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostiche terapeutiche praticate”* .

Il Codice Deontologico dell'Infermiere (2009) cita a proposito della "Documentazione Infermieristica":

- all' Art. 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

- all' Art. 27

L'infermiere contribuisce alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una continuità assistenziale efficace alla gestione degli strumenti informativi.

- all' Art. 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito

ERRORI PIU' COMUNI

- SCRITTURE FALSE
- ERRONEE
- LACUNOSE
- NON PUNTUALI



BUONA PRATICA NELLA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Per la Documentazione Infermieristica
accuratezza, veridicità, chiarezza,
pertinenza, completezza e
rintracciabilità, sono requisiti
essenziali.

Ci sono infatti delle regole di buona pratica che vanno sempre seguite, ed anche se possono sembrare “ovvie” la loro conoscenza puntuale è indispensabile per elaborare uno strumento di buona qualità da un punto di vista di pratica assistenziale, ma anche un'importante strumento di tutela legale, non di rado decisiva, qualora insorgessero controversie di natura medico legale, con l'Utenza o anche solo di natura disciplinare con la stessa azienda per la quale si lavora.

- Usare inchiostro nero o blu e non la matita o l'evidenziatore;
 - Scrivere nome e cognome del paziente;
 - Descrivere appena possibile e con precisione il problema identificato per evitare di tralasciare informazioni ed avere un aggiornamento quotidiano;
 - Scrivere tutto ciò che viene fatto al paziente e le sue reazioni;
 - Correggere gli errori tracciando una riga sopra l'errore e controfirmare, la cancellazione o la copertura con l'inchiostro o con il "bianchetto" non sono accettabili;
 - La data viene segnata sulla prima riga ed aggiornata;
 - L'ora va segnata ogni volta che si riporta una nuova annotazione relativa ad un nuovo momento cronologico;
- Nella compilazione della Documentazione Infermieristica:**
- Ogni atto è sottoscritto (apposizione della firma in calce) e autografato (cioè scritto a mano). Non è strettamente necessario l'indicazione per esteso del nome e del cognome, ma è sufficiente che sia idonea ad individuare chi l'ha apposta.

- La registrazione riferisce i fatti e non l'interpretazione dell'infermiere. Se il paziente riferisce i sintomi e sensazioni, questi vanno riportati fra virgolette per significare che si tratta di parole del paziente;
- Il rifiuto da parte del paziente di medicinali o farmaci va riportato mettendone in evidenza i motivi;
- Utilizzare solo simboli ed abbreviazioni concordati con tutti i membri dell'équipe;
- Scrivere in modo leggibile;
- Non scrivere per un'altra persona;
- Registrare solo quello che è stato fatto personalmente ed osservato;
- Non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi ristretti.

In ogni U.O. il Coordinatore Infermieristico ha cura di conservare un documento dal quale siano evincibili la firma e la sigla utilizzata come identificazione da ogni Operatore Sanitario.

- Come ogni altro atto relativo al processo di cura dell' Utente, alla sua dimissione la Documentazione Infermieristica (cartella, scheda di terapia, schede di interventi infermieristici) deve essere allegata alla Cartella Clinica, di cui costituisce parte integrante, per l'archiviazione.
- Le parti, o anche le intere sezioni della Documentazione Infermieristica non compilate, devono essere annullate per mezzo di una riga diagonale alla pagina.