

Processi assistenziali standard: la recente esperienza del Siad (S.infermieristico assistenza domiciliare) del Distretto 3 dell'ULSS 16 Padova

La definizione e l'adozione di standards assistenziali inerenti l'attività infermieristica domiciliare è oggi una necessità avente origini e finalità diverse. Sul *piano giuridico*, l'esigenza di adottare la "Carta dei servizi" impone di definire, da parte di ogni struttura, i servizi erogabili e le modalità di fruizione da parte dell'utente, con chiara evidenza dei "livelli soglia" della qualità che garantisce. Le norme sull'*accreditamento*, in generale, considerano centrali le procedure inerenti le modalità di produzione, e ne valutano la qualità in forma analitica, cioè esaminando tutte le azioni e le sequenze degli eventi che conducono al risultato finale. Le recenti normative nazionali sui "*Livelli essenziali di assistenza*" sono ancora da tener presenti come orientamento generale nella predisposizione dei servizi erogabili a carico del S.S.N., con evidente obiettivo, tra l'altro, di garantirne l'uniformità. Gli *obiettivi aziendali* sono tutti rivolti alla ricerca e all'individuazione dell'appropriatezza, con l'impiego della metodologia della "reingegnerizzazione" dei processi assistenziali, il che presuppone la revisione di tutte le procedure di presa in carico dell'utente e la programmazione delle attività con particolare attenzione alla gestione delle risorse e alla verifica dei risultati. Sul *piano culturale* la ricerca di standards rappresenta momenti di approfondimento tecnico, soprattutto se consente di coniugare aspetti scientifici con l'esperienza acquisita da più operatori. Sul *piano organizzativo* la definizione e la divulgazione di standards consentono il miglioramento della comunicazione tra operatori, in questo caso fra gli infermieri e fra gli stessi e i medici (di Medicina generale, Specialisti consulenti, di Continuità assistenziale). Nell'ambito della *programmazione del lavoro* e nella gestione delle risorse, siano esse costituite da farmaci, presidi, o personale, la conoscenza e l'applicazione di standards diviene uno strumento operativo indispensabile. Sul *piano formativo*, non ultimo, l'analisi degli standard esistenti da garantire può consentire il riconoscimento di nuove necessità future, per l'adempimento di riorganizzazioni aziendali strutturali (v. riduzione di posti-letti ospedalieri, ovvero gestione di casi più complessi) o di mutate esigenze. Lo stesso riconoscimento di DRG "inappropriati" (v. LEA) per la degenza ospedaliera può richiedere di predisporre nuovi standards per gli utenti che la Medicina Territoriale dovrà gestire.

Costruzione dei piani assistenziali:

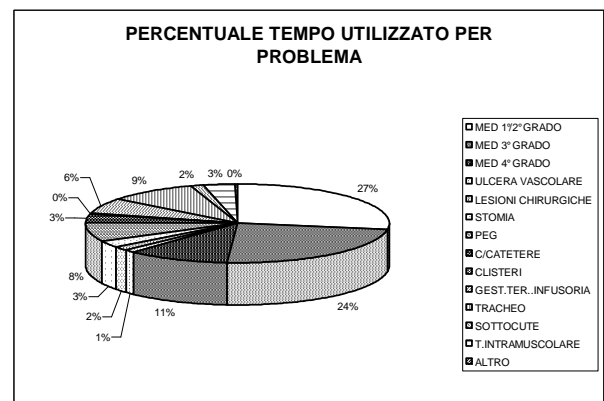
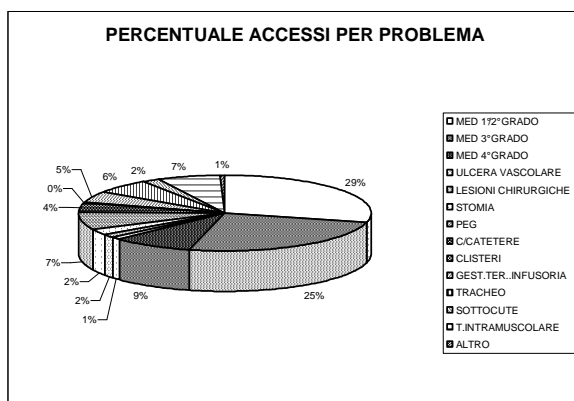
La definizione degli standards seguenti è avvenuta a partire da almeno tre momenti essenziali:

1. **Analisi della casistica** trattata, in termini di quantità di pazienti trattati per tipologia, n° di accessi domiciliari, loro frequenza e tempi medi, nonché dalla tipologia e quantità di materiali da fornire. Nella tabella seguente, relativa all'attività infermieristica domiciliare di tutto l'anno 2001, si evidenzia in forma sintetica la "casistica" trattata per problema assistenziale prevalente. L'esperienza degli operatori, maturata in anni di lavoro in ambito territoriale, non è stata trascurata, ma utilizzata ai fini di confronti tecnici, analisi dei risultati, e, spesso, come risorsa per miglioramenti futuri.
2. **Approfondimento dei casi più complessi**, in forma di riunioni tecniche tra gli operatori infermieristici e il medico curante, con la preparazione di comunicazioni sintetiche finalizzate ad inquadrare il caso secondo la sua complessità, sia essa puramente tecnica, ovvero di relazione con la famiglia o con lo stesso soggetto in trattamento, oppure da necessità di riconsiderare il programma in atto. A tal fine lo studio di ogni caso è orientato da diversi punti predeterminati. Questi richiedono, oltre alla valutazione infermieristica prevista dalla scheda SVAMA, l'identificazione

dei principali problemi assistenziali affrontati, la Diagnosi Infermieristica secondo la classificazione NANDA, la situazione attuale del paziente, i progressi compiuti e le proposte per la programmazione futura .

3. **Analisi di testi e/o letteratura** specifica: Il testo di riferimento attuale, il Carpenito, consente di cogliere utilissimi elementi di analisi dei bisogni assistenziali, consigliando i più corretti metodi di monitoraggio, insistendo sulle problematiche educative, specifiche per patologia, e prevedendo i momenti collaborativi e di esecuzione delle prescrizioni mediche. Nel caso, ad esempio, di un paziente da gestire a domicilio con scompenso cardiaco, vengono previste le modalità da seguire per prevenire l'ipossiemia e l'edema polmonare acuto, mediante il monitoraggio periodico di diverse funzioni fisiologiche. Vengono previsti i momenti educativi più rilevanti per il paziente e i familiari, e le spiegazioni scientifiche che li supportano.

DISTRETTO 3: DISTRIBUZIONE RISORSE PER PROBLEMA ASSISTENZIALE PREVALENTE DEI PAZIENTI SEGUITI DAL SIAD NELL'ANNO 2001															
PROBLEMA ASSISTENZIALE PREVALENTE	NUMERO UTENTI							N°ACCESSI	%	TEMPO(')	%	N°MEDIO ACC	N°MEDIO MIN	MIN/ACC	
	ALB.	MAS.	CAS.	P.S.N.	PAD.	TOT	%								
MED 1°/2° GRADO	36	8	6	30	103	183	29	5368	29	112853	27	29,3	616,7	21,0	
MED 3° GRADO	12	6	9	10	54	91	15	4631	25	97775	24	50,9	1074,5	21,1	
MED 4° GRADO	9	7	2	3	17	38	6	1640	9	45027	11	43,2	1184,9	27,5	
ULCERA VASCOLARE	1	0	1	0	4	6	1	171	1	4070	1	28,5	678,3	23,8	
LESIONI CHIRURGICHE	6	0	0	2	12	20	3	286	2	6730	2	14,3	336,5	23,5	
STOMIA	3	3	2	2	7	17	3	445	2	11727	3	26,2	689,8	26,4	
PEG	5	1	2	3	12	23	4	1383	7	32460	8	60,1	1411,3	23,5	
C/CATETERE	15	9	6	7	32	69	11	728	4	14423	3	10,6	209,0	19,8	
CLISTERI	1	0	1	2	12	16	3	92	0	1835	0	5,8	114,7	19,9	
GEST.TER..INFUSORIA	4	3	3	6	28	44	7	872	5	25315	6	19,8	575,3	29,0	
TRACHEO	2	2	0	2	12	18	3	1149	6	38896	9	63,8	2160,9	33,9	
SOTTOCUTE	1	0	0	0	11	12	2	379	2	6505	2	31,6	542,1	17,2	
T.INTRAMUSCOLARE	10	1	1	10	52	74	12	1265	7	13075	3	17,1	176,7	10,3	
ALTRO	2	2	0	1	10	15	2	113	1	1545	0	7,5	103,0	13,7	
TOTALE	107	42	33	78	366	626	100	18522	100	412236	100	29,6	658,5	22,3	



Metodologia :

E' stato necessario dichiarare e condividere tra colleghi con diversi livelli di esperienza professionale tempi e metodi "standard" per le risposte ai problemi più frequenti di salute con l'obiettivo di produrre dei PIANI ASSISTENZIALI STANDARD OMOGENEI PER PROBLEMA ASSISTENZIALE, individuati tra quelli più frequenti, o tra quelli che richiedono maggior impegno assistenziale in termini di tempo e risorse utilizzate (v. tabella dell'attività 2001).

Sulla base dei bisogni dell'individuo formulati da V. Henderson nella sua teoria, considerando i problemi di salute responsabili del mancato benessere psicofisico sono state identificate secondo la classificazione NANDA le diagnosi infermieristiche più frequenti.

Sulle diagnosi individuate poi si sono identificati:

1. obiettivi infermieristici
2. interventi
3. motivazioni
4. risultati
5. note osservazioni complicanze
6. piano degli accessi infermieristici
7. materiali utilizzati

I piani standard assistenziali

Le tecniche assistenziali e processi in corso di definizione aggiornati a ottobre 2002 sono i seguenti: peg, nutrizione enterale, lesioni da decubito (scheda mobilitazione e guida alla mobilitazione), terapia infusiva, ulcere vascolari, tracheotomia, catetere vescicale (scheda monitoraggio e linee guida). A titolo di esempio rappresentiamo qui a latere parte del piano riguardante l'assistenza a pazienti con PEG e NUTRIZIONE ENTERALE.

PIANO DI ASSISTENZA					
OBBIETTIVO INFERMIERISTICO	INTERVENTI INFERMIERISTICI	MOTIVAZIONI	PRESCRIZIONE MEDICA PROBLEMI COLLABORATIVI	RISULTATI (SEGNI SINTOMI DI CONTROLLO)	NOTE OSSERVAZIONI EVENT. COMPLICAZIONI
Garantire somministrazione adeguata apporto nutrizionale	FASE INIZIALE: Controllare somministrazione ed educare rete familiare SECONDARIA: Controllo e monitoraggio dati nutrizione	Una gestione autonoma della famiglia migliora il comfort e la qualità della vita	Sceita della miscela, eventuale prescrizione integrazioni	I pazienti collaborano alla raccolta dati nutrizione e dimostrano competenza	Presenza di materiale informativo ed educativo per i familiari
Mantenere cute peristomale in condizioni soddisfacenti	FASE INIZIALE: Esecuzione medicazione a di alterni (per un mese) *Educazione ai familiari e al paziente SECONDARIA: Controllo e monitoraggio una volta alla settimana e poi ogni 15 gg e poi al bisogno entro 8 mesi		Prescrizione farmaci o antibiotici o consulenza specialistica in presenza di eventi settici o lesioni cutanee o problemi intestinali	<ul style="list-style-type: none"> * Possibile ostruzione della sonda (educazione ai familiari al comportamento in presenza di questi eventi * Perdita di liquidi nella zona perist. * neoformazione di tessuto peristomale * Infezione della stomia 	Rimozione sonda (addestrare i familiari a queste evenienze)
13/02/03					6

I modelli assistenziali insiti negli standards sotto elencati così prodotti sono da considerarsi una prima bozza con tutti i limiti di una esperienza "pionieristica" perchè nuovo è il modello di riferimento assistenziale per la maggior parte degli infermieri che hanno partecipato alla produzione del lavoro.

INTERVENTI INFERMIERISTICI	
EDUCAZIONE AI FAMILIARI E AI PAZIENTI	
CRITERI PER L'ACCERTAMENTO MIRATO	SIGNIFICATO CLINICO
<ul style="list-style-type: none"> Comprensione della medicazione e della richiesta terapeutica Persone di supporto disponibili per l'aiuto della terapia domiciliare Prontezza e capacità 	<ul style="list-style-type: none"> Questo accertamento stabilisce una linea di base per l'insegnamento E' indispensabile aiuto sicuro a domicilio ai nostri interventi Il cliente o la famiglia che non raggiunge gli obiettivi di apprendimento richiede l'invio di altri operatori o servizi per assistenza post-dimissione
INTERVENTI	SPIEGAZIONE SCIENTIFICA
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spiegare la motivazione scientifica e i vari aspetti della terapia con nutrizione enterale. Discutere il fabbisogno nutrizionale specifico del cliente e le sue particolari indicazioni terapeutiche. <input type="checkbox"/> Spiegare la motivazione scientifica dei continui esami diagnostici di routine (per esempio peso corporeo, misurazione delle entrate e delle uscite, esami urinari e sierici). <input type="checkbox"/> Riesaminare problemi potenziali e complicanze quali: vomito, posizionamento inadeguato della sonda, aspirazione 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spiegare la necessità di una nutrizione ottimale e i vantaggi della nutrizione enterale può ridurre i misconcetti e incoraggiare la compliance <input type="checkbox"/> un monitoraggio accurato è necessario per valutare l'efficacia e la sicurezza della terapia enterale e consente una identificazione tempestiva dei problemi e delle complicanze. <input type="checkbox"/> La comprensione delle complicanze potenziali da parte del cliente e dei familiari li mette in grado di rilevare e riferire i segni e i sintomi immediatamente dopo la loro comparsa
13/02/03	7

L'innovazione consiste nel considerare l'operato dell'infermiere domiciliare come una presa in carico di un utente con problemi di salute cui riservare una risposta integrata dei servizi sanitari domiciliari, rivolgendo la dovuta attenzione alla pianificazione degli interventi infermieristici di educazione della rete familiare da considerare strategici al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute.

<p>Materiale mensile:</p> <ul style="list-style-type: none"> > garze sterili pretagliate = 24 > Fisiologica 250cc. = 25/30 > Cerotto tnt 5cm. = 2 > Siringhe da gavage 50 cc. = 30 <p>Materiale informativo:</p> <p>Vedi manuale " NUTRIZIONE ENTERALE" U.L.S.S. n. 16 del Servizio Dietetica e Nutrizione Clinica</p> <p>ACCESSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FASE INIZIALE: 1° MESE- FINO A 4 ACCESSI SETTIMANALI • FASE SECONDARIA: 2° 3° MESE- 2-3 ACCESSI SETTIMANALI • FASE DI MANTENIMENTO: 4° MESE IN POI- 1 ACCESSO SETTIMANALE POI SU CHIAMATA 	10
01/04/03	