INDICE

ABSTRACT 1

INTRODUZIONE 2

OBIETTIVO 10

MATERIALI E METODI 11

RISULTATI 13

DISCUSSIONE 15

CONCLUSIONI 23

BIBLIOGRAFIA 26

SITOGRAFIA 27

ALLEGATI 28

ABSTRACT

Introduzione. Questo elaborato approfondisce il tema dell'importanza dei protocolli clinico-assistenziali come ausili per una professione infermieristica volta al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, sempre aggiornata ed efficiente. Inizialmente è stato trattato il tema della crescente complessità sanitaria e assistenziale che il professionista infermiere è tenuto ad affrontare, per poi introdurre il concetto dei protocolli, come vengono costruiti e che utilità possono avere, ma soprattutto se possono essere ritenuti uno strumento che aumenti la scientificità della professione infermieristica.

Materiali e metodi. Per rispondere a questo quesito è stata effettuata inizialmente una ricerca bibliografica e sitografica, per poi condurre uno studio qualitativo, nello specifico uno studio etnografico che, tramite delle interviste semi-strutturate (*Allegato 1*) ha raccolto l'opinione e il vissuto di infermieri che lavorano in reparti di area critica nella regione e che hanno partecipato attivamente alla creazione di protocolli.

Risultati. Dai risultati delle interviste effettuate sono emersi quattro punti principali: l'importanza di avere protocolli aggiornati per ottenere una qualità elevata dell'assistenza infermieristica; la formazione nella stesura di un protocollo come metodo per aggiornare le conoscenze dei professionisti che partecipano al lavoro; l'organizzazione di gruppi di lavoro numerosi dove i singoli partecipanti siano in sintonia, per poter creare un confronto attivo tra le varie esperienze; la concretezza di avere protocolli aggiornati anche per chi non partecipa direttamente alla loro realizzazione, poiché permette all'infermiere di seguire standard di qualità elevati.

Discussione e conclusione. In seguito è stato effettuato un confronto tra la ricerca bibliografica e sitografica e le risposte ottenute dalle interviste. È stato trovato un quantitativo discreto di pubblicazioni scientifiche a supporto delle interviste condotte e in conclusione si può affermare che i protocolli clinico-assistenziali non sono dei semplici strumenti che servono a standardizzare e semplificare le procedure infermieristiche, ma hanno piuttosto lo scopo di aumentare la scientificità della professione, consentendo una legittimazione professionale e garantendo un'assistenza infermieristica che non diventerà mai obsoleta, ma sarà sempre aggiornata ed in grado di soddisfare anche le più complesse realtà assistenziali.

INTRODUZIONE

L'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità assistenziale dovrebbe sempre guidare il nostro modo di lavorare e di vivere, ma purtroppo questo concetto viene spesso banalizzato e confuso. Quando si parla di qualità nell'ambito sanitario, si intende la capacità di fornire risposte adeguate alle conoscenze, alle risorse disponibili e al rispetto delle regole etiche. In passato, questo termine era poco conosciuto nell'ambiente sanitario, ma negli scorsi decenni, sono stati introdotti nuovi approcci finalizzati all'efficacia, all'efficienza e alla qualità delle cure.

Tali concetti sono riassumibili nella Clinical Governance, ovvero *una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali*[1].

Secondo quest'ottica le aziende sanitarie devono sempre puntare all'eccellenza professionale, garantendo agli utenti quelle prestazioni che producano il miglior esito possibile ed allo stesso tempo il minor rischio possibile cercando anche di ottenere, in base alle risorse investite, il massimo beneficio in termini di salute.

Inoltre, sono stati anche elaborati strumenti di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza infermieristica, che hanno permesso un controllo più accurato sulla qualità del "prodotto" della sanità: la salute dei pazienti. L'infermiere è infatti uno degli attori principali che contribuisce a individuare i bisogni dei pazienti e a ripristinare il loro equilibrio quando necessario.

È proprio per questo che la professione infermieristica ha acquisito un'importanza sempre maggiore nel tempo e ha un ruolo fondamentale nell'erogare e creare la qualità all'interno dell'azienda ospedaliera. Infatti il compito dell'infermiere è quello di offrire il proprio contributo fatto di conoscenze specifiche e approfondite della pratica assistenziale con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

[1] https://www.gimbeducation.it/pagine/387/it/clinical-governance

Gli infermieri che si pongono in questa prospettiva per svolgere il proprio lavoro specialistico rappresentano i protagonisti di un ampio progetto di valorizzazione e di impegno professionale per un'assistenza infermieristica di qualità e ciò è possibile soprattutto grazie all'evoluzione normativa. Nello specifico, la Legge n. 42/99 ha abrogato il DPR n. 225/74, sostituendo definitivamente la terminologia obsoleta che qualificava gli infermieri come *"professione sanitaria ausiliaria"* con *"professione sanitaria"*[2] ed ha abrogato il mansionario sostituendolo con il Profilo Professionale. Così facendo, l'infermiere assume la responsabilità dell'assistenza infermieristica generale del paziente e si pone in un'ottica di continuo miglioramento, incrementando le competenze con lo scopo di ottenere una sanità sempre migliore, fondata sull'appropriatezza degli interventi e la qualità dell'assistenza.

Nel corso di questi anni di università, grazie ai molteplici tirocini clinici effettuati nei vari reparti dell'azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona", mi sono reso conto di quanto sia complesso e carico di responsabilità il lavoro dell'infermiere. Ho potuto constatare direttamente come gli operatori sanitari siano in grado di garantire quell'assistenza infermieristica mantenendo sempre elevati quegli standard di qualità che caratterizzano la sanità e che le persone assistite si aspettano di ricevere.

Mi sono chiesto allora cos'è che permette agli infermieri di avere una preparazione così elevata e sempre aggiornata e ho potuto verificare che tutto ciò è reso possibile anche dalla presenza nei singoli reparti di specifiche linee guida, procedure operative e protocolli clinico-assistenziali. Ho appreso che è indispensabile, per la figura dell'infermiere, avere a disposizione delle linee guida e dei protocolli da poter seguire per effettuare le procedure che avvengono nel reparto. In mancanza di essi, infatti, l'operato di ciascuno sarebbe basato solamente su proprie conoscenze o su una continuità di pratiche svoltesi da sempre nella stessa maniera, per cui non sarebbe possibile avere una standardizzazione degli interventi volti alle cure sanitarie.

In questo elaborato ho ritenuto utile analizzare il processo di stesura di un protocollo sanitario e la funzione fondamentale che questo strumento riveste all'interno di un'unità

[2] Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" pubblicata in Gazzetta Ufficiale Mar 1999, https://www.parlamento.it/parlam/leggi/99042l.html

operativa per l'erogazione di un'assistenza infermieristica volta alla ricerca continua del miglioramento nel processo di cura.

A questo proposito è stata condotta un'intervista a componenti di più equipe che hanno partecipato alla stesura di alcuni protocolli aziendali per sottolineare come sia obiettivamente utile e formativa la creazione e l'utilizzo di questi. È stato inoltre analizzato come l'ausilio di protocolli e linee guida permettano una maggior scientificità della professione infermieristica in termini di qualità dell'assistenza e mantenimento o recupero dello stato di salute e di come ciò sia necessario poiché nel corso degli anni questo esercizio ha assunto una sempre maggior complessità.

Negli ultimi decenni infatti, il sistema sanitario ha subìto una profonda evoluzione, nella quale il ruolo dell'infermiere si è rivelato fondamentale nella prestazione dell'assistenza sanitaria. Questo perché la realtà in cui viviamo è in continuo cambiamento e dal punto di vista sanitario è sempre più vasta ed eterogenea: siamo di fronte ad un aumento dell'aspettativa di vita e quindi ad un invecchiamento generale della popolazione. Ciò comporta una crescita significativa delle patologie croniche e un sempre maggior accesso da parte dei cittadini negli ospedali e nei centri di cura.

Inoltre, la medicina moderna ha compiuto molti progressi rispetto a qualche decennio fa, di conseguenza oggi si riescono ad evitare, per determinate malattie, numerose mortalità infantili, ma questo comporta un aumento della complessità assistenziale poiché tutte quelle patologie che causavano la morte precocemente, oggi vengono sorvegliate ed assistite in pazienti adulti. Tutto ciò causa una crescente complessità assistenziale che rende sempre più articolata la cura della persona assistita, in particolare quello ospedalizzato.

Per garantire la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria anche i professionisti della salute si sono dovuti adattare per fronteggiare questi cambiamenti. È per questo che in ambito sanitario sono state adottate delle standardizzazioni come le Linee Guida o i protocolli.

Le Linee Guida sono delle raccomandazioni di comportamento clinico e *sono un ausilio fondamentale nel processo decisionale. Ogni azione del Professionista della*

Salute deve rifarsi ad esse[3]. Sono il risultato di *un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti con lo scopo, da un lato, di massimizzare i risultati e le risorse dell'assistenza sanitaria e, dall'altro, di omogeneizzare la prassi clinica in presenza di situazioni analoghe e di contrastare l'utilizzo di procedure ad efficacia non documentata*[4]. L'American Institute of Medicine le definisce come una serie di raccomandazioni con lo scopo di aiutare gli operatori sanitari nella scelta del percorso di diagnosi, cura e assistenza che devono percorrere i pazienti, facilitando così il **decision making** che il professionista deve intraprendere.

Differentemente dalle Linee Guida, i Protocolli sono delle *sequenze prescrittive e vincolanti di comportamenti diagnostico-terapeutici ben definiti. Sono documenti che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale e lo fanno declinando una successione di azioni fisiche, mentali e verbali con le quali gli infermieri raggiungono un determinato obiettivo*[5]. Sono di conseguenza molto più vincolanti rispetto alle Linee Guida e illustrano le fasi sequenziali da seguire per realizzare una determinata procedura infermieristica.

Creare protocolli o linee guida non è affatto semplice, è necessario infatti intraprendere quello che viene definito "processo di ricerca". In generale, ogni qualvolta si effettua uno studio, una sperimentazione, una revisione o si stilano delle linee guida o dei protocolli bisogna compiere un processo di ricerca.

Il processo di ricerca descrive il percorso che il ricercatore è intenzionato a compiere per realizzare il proprio studio ed è strutturato in modo da dividere il lavoro in fasi cosicché alla fine del percorso si sia riusciti a rispondere al quesito di ricerca che ci si pone all'inizio o per verificare se sono valide le ipotesi iniziali. Questo processo è considerato circolare poiché durante la conduzione dello studio il ricercatore può avere la necessità di tornare su stadi già affrontati per formulare un nuovo quesito di ricerca o potrebbe necessitare di rivedere le ipotesi poste all'inizio.

[3-4] S. di Santo, "Le Linee Guida", Nurse24, Set. 2019, https://www.nurse24.it/studenti/standard/linee-guida.html

[5] F. Iacuaniello, S. di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Protocolli infermieristici: cosa sono e a cosa servono", Mag. 2019, https://www.nurse24.it/studenti/standard/i-protocolli-cosa-sono.html

Nel processo di ricerca si individuano delle fasi che sono tendenzialmente standardizzate e sono 5:

1. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA: in questa prima fase bisogna definire qual è il problema o comunque l'area di ricerca su cui verterà il nostro studio che ha lo scopo di migliorare l'assistenza e far avanzare la conoscenza infermieristica. Definire il problema (problem statement) in maniera corretta e precisa facilita lo svolgimento dell'intero studio;
2. SCELTA DEL METODO DI RICERCA: viene definito il metodo della ricerca, selezionando i soggetti che ne faranno parte e scegliendo gli strumenti adeguati per eseguire la ricerca;
3. RACCOLTA DATI: in questa fase si raccolgono tutti i dati inerenti e necessari per la ricerca attuando quindi le prime due fasi. I dati raccolti vengono registrati e organizzati per poi poter essere analizzati;
4. ANALISI DATI: avviene quindi l'analisi dei dati. Tramite procedure statistiche vengono sintetizzati dati quantitativi per poter verificare se le ipotesi iniziali vengono confermate o smentite. Nel caso vengano smentite allora è necessario formulare nuove ipotesi e riiniziare da capo il processo di ricerca, se invece vengono confermate si passa all'ultima fase;
5. RISULTATI: in quest'ultima fase il compito del ricercatore è quello di far conoscere i risultati del proprio studio pubblicandoli quindi tramite articoli, convegni, libri o pubblicazioni scientifiche[6].

Nel caso specifico, la stesura di un protocollo, oltre alle fasi sopra descritte, prevede delle fasi aggiuntive. Infatti la costruzione di un PDTA (Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale) si sviluppa in 7 fasi.

La prima fase è molto simile a quella descritta in precedenza. Si inizia con la **scelta del problema** di salute, motivandone la rilevanza (elevata prevalenza della malattia,

[6] James A. Fain, "La ricerca infermieristica -Leggerla, comprenderla e applicarla" 2/ed., McGrew Hill, 2004

eccessiva variabilità dei processi esistenti, evitare gli sprechi, necessità di aumentare la sicurezza) e spiegando quindi quali sono gli obiettivi del PDTA.

La fase successiva consiste nella creazione di un **gruppo di lavoro** specifico che rappresenti le varie professioni coinvolte nel problema di salute da trattare. Solitamente un gruppo di lavoro è composto da 8-10 persone, tra cui un coordinatore del progetto che si assume le responsabilità del gruppo e risponde dei risultati. Sarebbe auspicabile inserire all'interno del gruppo di lavoro, almeno in alcune fasi, i rappresentanti dei pazienti intesi anche come le specifiche associazioni di riferimento.

Dopo aver definito il problema, scelto gli obiettivi e creato un gruppo di lavoro si procede con **l'analisi critica della letteratura** con lo scopo di contestualizzare le migliori pratiche all'interno del protocollo. Solitamente viene analizzata la letteratura più aggiornata, le indicazioni regionali e nazionali e l'esperienza di altre organizzazioni. Inoltre l'implementazione delle Linee Guida, contestualizzate e adattate alla specifica realtà locale, permette la standardizzazione delle cure e rappresenta il punto focale del PDTA. Tutta la letteratura e le fonti riportate nel documento vanno poi inserite nella sezione "bibliografia".

Nella quarta fase vengono stabiliti i **criteri di inclusione ed esclusione** del progetto. In base alla problematica scelta è necessario individuare i criteri per selezionare le caratteristiche della popolazione che può accedere al percorso. Queste caratteristiche possono essere fattori demografici come l'età, il sesso o la razza, oppure fattori clinici o geografici. I criteri di inclusione ed esclusione hanno lo scopo di rendere attendibile il monitoraggio e la valutazione del percorso; più sono ampi i criteri di inclusione, maggiore sarà la necessità di creare dei percorsi specifici per tutte le sotto-categorie di pazienti.

La quinta fase consiste nella **realizzazione e rappresentazione del protocollo**. Dopo aver confrontato le migliori fonti in letteratura e aver osservato la pratica assistenziale, si realizza il processo per il trattamento del problema di salute individuato in precedenza, creando un ordine dei vari passaggi e focalizzandoli sul paziente. Quindi, concretamente, vanno identificate una successione di azioni per poter raggiungere l'obiettivo e per capire anche come raggiungerlo nel modo più efficiente possibile.

Dopo questo viene effettuata la **valutazione**, ovvero la sesta e penultima fase. Il protocollo infatti deve essere costantemente sottoposto a monitoraggi tramite apposite schede di valutazione che, tra i vari indicatori, devono tener conto anche del gradimento dei pazienti.

L'ultima fase di questo percorso consiste nella **diffusione e implementazione** dei risultati ottenuti. È necessario quindi far sapere agli operatori del settore, ai pazienti e alle associazioni i nuovi progressi fatti grazie alla creazione del protocollo. Questo avviene tramite canali di comunicazione tradizionali oppure tramite siti web, email o incontri ad hoc per la formazione del personale[7].

È necessario però soffermarsi sulla penultima fase, quella della valutazione. Infatti una menzione particolare va data **all'audit clinico**, che è considerato il metodo migliore per la valutazione di un protocollo o di un percorso clinico-assistenziale. L'audit clinico è uno strumento tramite il quale si è in grado di capire quali sono le criticità di una determinata procedura, comportamento o azioni di routine che vengono effettuate all'interno di un'unità operativa. Può essere considerato come *una cartina tornasole utile per valutare l'appropriatezza dei processi rispetto alle migliori evidenze disponibili, fondamentale per migliorare eventuali inappropriatezze*[8]. Ma questo come avviene concretamente?

Tramite appositi questionari creati specificatamente per la procedura sulla quale bisogna indagare si può verificare se ci sono delle differenze tra la realtà all'interno dell'unità operativa e la letteratura scientifica o comunque se ci sono delle criticità. Tali questionari vengono forniti ad ogni infermiere per ogni turno lavorativo e possono essere forniti anche ai pazienti o ai familiari dei pazienti e dopo un adeguato lasso di tempo (solitamente qualche settimana o qualche mese) si possono andare ad analizzare i risultati. Se emergono delle criticità probabilmente è necessario creare nuove procedure

---

[7] E. Berti, P. La Porta, V. Serra et al., "Guida per i valutatori alla verifica dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite di accreditamento", Ott. 2013, https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/guida-valutatori-PDTA-2013

[8] M. Salvato, "Audit clinico, istruzioni per l'uso", Nurse24, Giu. 2019, https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/audit-clinico-istruzioni-uso.html

o protocolli, inerenti all'ambito di indagine, tenendo in considerazione la letteratura scientifica più recente e aggiornata.

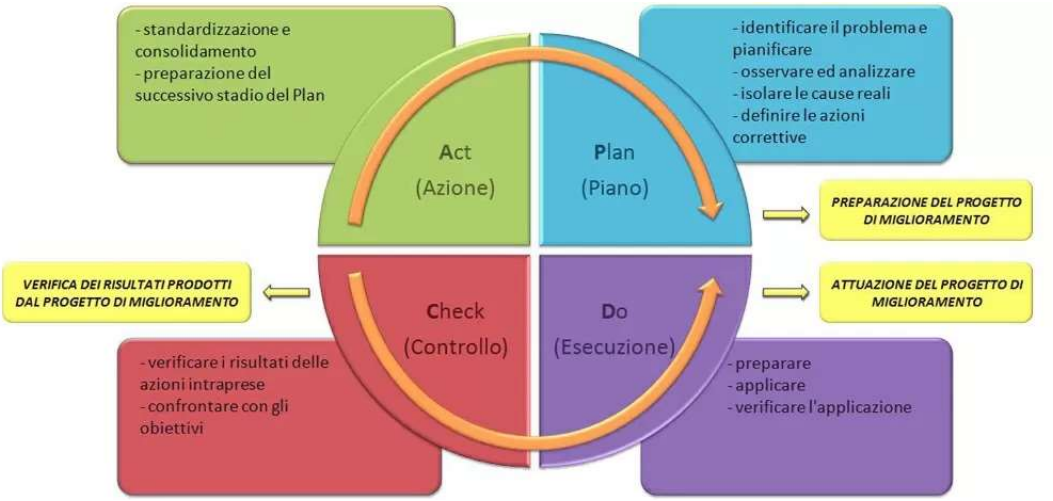

Fig. 1: schema PDCA salute.gov.it

Inoltre, dopo aver creato un protocollo aggiornato in base alla nuova letteratura scientifica, l'audit clinico è utile anche per la valutazione di questo protocollo. Infatti per verificare se oggettivamente siano stati apportati dei miglioramenti all'interno dell'unità operativa è necessario controllare che il nuovo protocollo eviti le criticità che si presentavano in precedenza e apporti un miglioramento della qualità assistenziale e questa verifica avviene sempre tramite audit clinico.

In conclusione, sì può affermare che nella pratica infermieristica costruire e creare uno standard significa uniformare prestazioni di attività sulla base di norme e modelli di riferimento scientifici: nel momento della pianificazione e dell'organizzazione degli interventi da realizzare, in risposta ai bisogni della persona assistita, occorre fare riferimento ad un complesso numero di elementi che rappresentano caratteristiche appropriate ed ottimali di una determinata prestazione o di un determinato processo[9].

[9] F. Iacuaniello, S. di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Standardizzazione: personalizzare prestazioni assistenziali", Apr. 2016, https://www.nurse24.it/infermiere/professione/standardizzazione-personalizzare-prestazioni-assistenziali.html

OBIETTIVO

Conseguentemente alle premesse sopra esposte, l'obiettivo di questo studio consiste nell'analizzare come l'utilizzo di protocolli clinico-assistenziali, all'interno delle singole unità operative, migliorino la qualità della professione infermieristica. Infatti è possibile ottenere un continuo aggiornamento delle pratiche assistenziali in quanto i protocolli sono redatti e fondati sulle evidenze scientifiche più recenti; ciò permette anche all'operatore coinvolto nella costruzione del protocollo di vivere un'esperienza formativa non solo per il reparto ma anche per incrementare le proprie conoscenze ed il proprio sviluppo professionale.

Verrà quindi riscontrato se effettivamente ci siano delle correlazioni positive tra la presenza di protocolli adeguati e l'effettivo miglioramento della pratica assistenziale. Oltre a ciò però, si andrà ad appurare anche se i protocolli siano degli strumenti che permettano solamente un miglioramento a livello lavorativo o se siano anche in grado di consentire una legittimazione professionale dell'infermiere garantendo di conseguenza una maggior scientificità della professione, che si mantiene quindi in costante aggiornamento.

MATERIALI E METODI

Per la costruzione di questo elaborato è stata condotta una **ricerca bibliografica**, ovvero un'attività volta *ad accertare l'esistenza, descrivere efficacemente e accedere al contenuto informativo di un insieme di documenti pubblici che rispondono a determinate caratteristiche, dettate di volta in volta dagli interessi e dagli obiettivi del ricercatore stesso*[10]. Il metodo della ricerca bibliografica ha permesso di ottenere molte informazioni e accertamenti riguardo ai temi trattati in questa tesi, soprattutto grazie alle banche dati online e alla molteplicità di articoli scientifici consultati.

Oltre alla ricerca bibliografica, è stato condotto uno studio qualitativo che ha consentito di ispezionare in prima persona il vissuto e l'esperienza delle figure coinvolte all'interno della costruzione di un protocollo infermieristico. La **ricerca qualitativa** si può considerare come *la raccolta sistematica, l'organizzazione e l'interpretazione del materiale testuale derivato dal discorso o dalla conversazione. Viene utilizzato nell'esplorazione dei significati dei fenomeni sociali vissuti dagli individui stessi, nel loro contesto naturale*[11]. Ciò infatti permette di studiare il fenomeno d'interesse in modo induttivo, partendo cioè proprio dall'esperienza e dal vissuto dei singoli per giungere ad un quadro generale. Pertanto viene posta maggior attenzione agli atteggiamenti delle persone, ai loro comportamenti, preoccupazioni e motivazioni.

È necessario sottolineare però che *nonostante sia un processo sistemico, non è priva di pericoli che possano derivare dalla soggettività che la contraddistingue. Il ricercatore viene chiamato direttamente in gioco nella raccolta dei dati, nell'analisi di questi e nell'interpretazione finale ove cercherà di coniugare le differenti letture rilevate*[12].

---

[10] https://www.laterza.it/bibliotecheinrete/Cap01/Cap01_01.htm
[11] K. Malterud, "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines", Department of Public and Primary Health Care, Norway, Lug. 2001, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11513933/
[12] Giordano Cotichelli, "Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica, risorse e criticità per il sistema sanitario", p. 23, FrancoAngeli, 2013

In questo caso specifico è stato condotto un particolare tipo di ricerca qualitativa, chiamata **ricerca etnografica** tramite l'ausilio di un'intervista semi-strutturata (*Allegato 1*) rivolta a testimoni privilegiati.

Uno studio etnografico avviene quando il ricercatore viene coinvolto all'interno dell'ambiente preso in esame e ha un coinvolgimento che può durare settimane o mesi. *Permette di venire a contatto con la cultura e le dinamiche relazionali di gruppi o categorie di persone studiate all'interno di un ambiente dato*[13]. Vengono analizzati i modelli di comportamento delle persone per poter capire la visione dei soggetti coinvolti e le differenze o i contrasti con la visione propria.

Questo avviene tramite osservazioni o interviste. Per questo elaborato è stata svolta una **intervista semi-strutturata**, ovvero un'intervista *caratterizzata da una traccia di fondo di elementi da seguire*[14], con delle linee guida e domande prefissate ma comunque adattabili; sono state quindi formulate domande aperte che permettono all'intervistato di rispondere in maniera libera e personale, senza la necessità di seguire una scaletta. I soggetti che sono stati sottoposti all'intervista sono **testimoni privilegiati**, *definizione che rende bene l'idea dell'importanza che si vuole dare al soggetto selezionato in quanto "testimone" riconosciuto di un determinato contesto di riferimento*[15].

Ogni intervista si è basata sulla formulazione di quattro domande che vanno ad indagare l'aspetto soggettivo e personale che ogni intervistato ha vissuto durante il suo coinvolgimento nella stesura di un protocollo. A tal proposito è stato valutato il rapporto che ogni intervistato ha avuto con i propri colleghi, le esperienze personali e l'accrescimento formativo sviluppatosi a livello professionale, proprio grazie al coinvolgimento nella creazione di un protocollo infermieristico assistenziale, evidenziando così i vantaggi che vengono apportati per la persona, per il reparto e per la professione.

[13-14-15]G. Cotichelli, "Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica, risorse e criticità per il sistema sanitario", pp. 25; 123, FrancoAngeli, 2013

RISULTATI

Sono stati presi in considerazione sei infermieri di due differenti unità operative di area critica; a ciascuno è stato assegnato un codice alfanumerico, con lo scopo di mantenere l'anonimato, distinguendoli però dal reparto in cui lavorano (*Allegato 1*). Alla prima unità operativa è stata assegnata la lettera **A** e ai tre infermieri intervistati i codici **A01**, **A02**, e **A03**. Alla seconda unità operativa è stata assegnata la lettera **B** e ai due infermieri intervistati i codici **B01** e **B02**.

I tre testimoni del gruppo **A** hanno collaborato attivamente alla creazione di un protocollo clinico inerente al neonato ventilato. Due sono infermieri che lavorano nel reparto mentre l'altro soggetto è il coordinatore infermieristico. Per ampliare lo studio sono stati intervistati anche due infermieri dell'unità operativa **B**, anche loro collaboranti nella creazione di protocolli clinico-assistenziali, in modo tale da poter effettuare un confronto tra le due realtà. Comparando le indagini effettuate, sono emerse delle peculiarità.

Il primo dato che emerge dalle interviste effettuate è che tutti i testimoni concordino sull'utilità della creazione dei protocolli clinico-assistenziali. È stato ribadito che il mondo sanitario, la letteratura scientifica e di conseguenza anche l'assistenza infermieristica siano in continua evoluzione. Di conseguenza, coloro che partecipano alla realizzazione di un nuovo protocollo o comunque alla revisione di uno già esistente, hanno la possibilità di rimanere al passo con le evoluzioni della professione e di aggiornarsi costantemente sulla base delle nuove evidenze scientifiche. Viene considerata una vera e propria esperienza di crescita professionale con lo scopo di garantire la massima qualità possibile dell'assistenza infermieristica.

Inoltre avere dei protocolli, o comunque delle linee guida aggiornate, è un vantaggio anche per il reparto e per coloro che vi lavorano all'interno. Infatti anche chi non ha partecipato attivamente alla creazione dei protocolli beneficerà del fatto che ne siano stati creati di nuovi. Questo perché, nel caso del reparto **A** , una volta prodotti e ultimati, i protocolli saranno a disposizione di tutti i componenti dell'equipe in un'apposita cartella dati di reparto, contenente tutta la modulistica della SOD comprese le sezioni operative; oltretutto, durante le riunioni di reparto, i lavori eseguiti più recentemente

vengono letti a tutto il personale, sottolineando gli aspetti dove è necessario porre maggior attenzione, quindi in particolare sugli scostamenti che sono stati notati tra la letteratura scientifica e la realtà di reparto, in modo tale da incorrere in sempre meno errori. Anche nell'unità operativa **B** tutti i protocolli, così come le linee guida e le procedure operative, sono a disposizione di tutto il personale sia in modalità cartacea che informatizzata.

Tramite le interviste è stato anche indagato l'aspetto relazionale tra i vari soggetti facenti parte il gruppo di lavoro creato per la realizzazione di un protocollo. Nel caso specifico del reparto **A**, il coordinatore del reparto, dopo aver constatato tramite audit un discostamento eccessivo dalle evidenze scientifiche, crea un gruppo di lavoro, solitamente numeroso e composto da soggetti di diverse turnazioni per motivi logistici di reparto, in modo da far interagire tutti quanti e ottenere così un brainstorming consistente rimanendo sempre in linea con le evidenze scientifiche. Dalle interviste fatte invece agli infermieri dell'unità operativa **B** è emersa anche una peculiarità in più: non solo si creano anche qui gruppi numerosi di soggetti; talvolta alcuni partecipanti ai gruppi di lavoro sono anche persone estranee al reparto, che quindi non hanno alcun tipo di rapporto con gli altri membri del gruppo. Questo ha lo scopo di mettere a confronto anche esperienze diverse e nuove per i membri del reparto, cercando così di creare nuovi spunti di riflessione.

Anche su quest'ultimo punto, tutti i soggetti intervistati hanno risposto in maniera coerente, sottolineando che l'ambiente di lavoro è un ambiente sereno, dove si sentono a loro agio, agevolati anche dal fatto che il lavoro dell'infermiere sia un lavoro di squadra basato sulla cooperazione e si è abituati a lavorare a stretto contatto.

DISCUSSIONE

È stato possibile constatare, dalle interviste effettuate, che tutti i soggetti intervistati sono concordi sui temi principali indagati nel colloquio. Questo aspetto conferma ancor di più quanto sia evidente l'utilità di standardizzare tramite protocolli, linee guida o procedure operative le pratiche assistenziali all'interno delle unità operative. Anche le evidenze scientifiche rafforzano questo concetto e consentono di dare spessore ai risultati ottenuti dalle interviste.

In primo luogo, quello che emerge all'unanimità dagli intervistati, è l'utilità e la personale crescita professionale che hanno vissuto coloro che hanno partecipato attivamente alla creazione di un protocollo. Infatti realizzare un nuovo protocollo significa anche modificare la propria percezione della realtà clinica poiché ci si allontana momentaneamente dalla pratica sulla persona per addentrarsi su un piano teorico e decontestualizzato e questo consente *sia il ridisegno delle identità e dei confini professionali, sia la trasformazione dei modi in cui gli infermieri documentano l'assistenza*[16].

Inoltre un ulteriore aspetto da non sottovalutare è l'aggiornamento delle proprie conoscenze. Di fatto, una volta terminato il percorso di studio e acquisiti i titoli per poter esercitare la professione infermieristica, c'è il rischio concreto che i professionisti infermieri non continuino ad aggiornare le proprie conoscenze, rimanendo ancorati a idee e concetti che con il passare degli anni diventano anacronistici ed obsoleti.

Ma questo non è compatibile con la professione infermieristica, che è considerata una professione in continua evoluzione; ciò significa che per garantire un'assistenza di qualità e sempre all'avanguardia, è necessario continuare a studiare e ad informarsi sulle nuove evidenze scientifiche.

Partecipare al gruppo di lavoro per la realizzazione di un nuovo protocollo è un metodo eccellente che consente, anche se a livello settoriale, di aggiornare le proprie conoscenze. Questo poiché, una fase fondamentale per la realizzazione di un protocollo

[16] B. Hunter and J. Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways," Int J Nurs Stud, vol. 45, no. 4, pp. 608–625, Apr. 2008, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17524406/

consiste nella ricerca bibliografica e sitografica con l'obiettivo di trovare più informazioni possibili (e soprattutto recenti) a sostegno della procedura che si intende rendere operativa. Viene di conseguenza che facendo questo lavoro l'infermiere subisce, in senso positivo, una crescita nozionistica e professionale che gli permetterà di garantire un'assistenza infermieristica appropriata ed adeguata agli standard sanitari sempre più complessi.

Proprio la continua crescita professionale è considerata uno dei pilastri fondamentali della professione: in tal senso, anche il **codice deontologico** della professione infermieristica si esprime sull'importanza di questo fattore. L'art. 10 "Conoscenza, formazione e aggiornamento", nella sezione II inerente alla Responsabilità assistenziale, infatti, recita:

"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina."[17]

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è stata inserita a livello legislativo *nel 2002, in base al D. Lgs 502/1992 integrato dal D. Lgs 229/1999, che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità*[18], permettendo loro di mantenersi aggiornati *per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale*[19].

Nella pratica infatti, ogni 3 anni, tutti gli operatori sanitari devono totalizzare 150 crediti ECM, che vengono accreditati tramite formazione obbligatoria partecipando ad attività di miglioramento, come la stesura di protocolli clinico-assistenziali, o frequentando corsi, seminari o convegni accreditati da parte del Ministero della Salute. In tal modo, anche lo Stato obbliga il professionista sanitario a mantenere sempre attivo

[17] FNOPI, "Codice Deontologico delle professioni infermieristiche", Ago. 2019, https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf
[18-19]https://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx#:~:text=L'avvio%20del%20Programma%20nazionale,messaggio%20nel%20mondo%20della%20sanit%C3%A0

il proprio aggiornamento culturale e professionale, per mantenere adeguata l'assistenza al paziente.

Nonostante questo principio sia relativamente recente, essendo stato introdotto negli anni '90 e perfezionato nei decenni successivi, ha modificato radicalmente la concezione dell'infermiere. Oggi, questa figura lavorativa è considerata a tutti gli effetti una figura professionale, con obblighi e responsabilità e non più un mero esecutore materiale che agisce senza l'utilizzo del pensiero critico.

Prima che l'infermiere fosse riconosciuto come una figura professionale, infatti, vi era l'influenza del "mansionario", un documento che elencava i compiti attribuibili alla figura infermieristica, considerata una figura di supporto e ausiliaria rispetto alla figura del medico. Solo con l'abolizione del mansionario, grazie alla *Legge 42/99, l'infermiere passa dalla mansione tecnica (professionale) a quella intellettuale (professionista)*[20] avviando così quel cambiamento che, nel corso degli anni, ha trasformato la pratica professionale rendendola scientifica e basata sulle evidenze. Il fatto che sia *fondata su conoscenze validate si pone quale pilastro dell'impianto etico-valoriale e giuridico su cui poggiano i sistemi di cura*[21].

Fig. 2: Ricerca basata sull'EBM healthcaremaster.unipr.it

[20] Dario Tobruk, "Legge 42/99: Abrogazione del Mansionario degli Infermieri", Dimensioneinfermiere, Giu. 2016, https://www.dimensioneinfermiere.it/legge-4299-abrogazione-del-mansionario-degli-infermieri/#:~:text=Prima%20della%20sua%20abrogazione%2C%20legalmente,a%20quella%20intellettuale%20(professionista)

[21] Commentario al nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, FNOPI, Mag. 2020, https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf

Dalle interviste, inoltre, sono emersi anche ulteriori aspetti inerenti l'utilità di un protocollo all'interno di un'unità operativa. Infatti, se fino ad ora è stata trattata la parte concernente la formazione personale dei soggetti, in particolare coloro che hanno partecipato alla stesura dei protocolli, è necessario sottolineare anche quanto la disponibilità di poter usufruire di un protocollo sia fondamentale per gli operatori sanitari.

Anche su questo punto tutti gli infermieri intervistati sono stati concordi nell'affermare che per chi lavora in un reparto, poter usufruire di un protocollo o di una procedura operativa sia fondamentale per migliorare l'assistenza rivolta al paziente. Anche la letteratura scientifica è ricca di articoli che sostengono come i protocolli *sono stati utilizzati in molte specialità con buoni risultati, riducendo la morbilità, aumentando l'aderenza alle linee guida pratiche e migliorando la comunicazione e l'efficienza multidisciplinare*[22].

Nonostante solo una parte degli operatori sanitari partecipa attivamente alla stesura dei protocolli, questi verranno inviati tramite mezzo informatico (email) e verranno anche esposti e discussi durante le riunioni di reparto. Infatti i coordinatori di reparto, dopo aver ricevuto l'approvazione da parte del responsabile della struttura (medico primario) inviano il nuovo protocollo alla direzione medica e fanno in modo tale che quel protocollo diventi operativo a tutti gli effetti. Quindi è estremamente importante confrontarsi con tutta l'equipe di reparto per verificare che siano state comprese tutte le fasi e le procedure interne al protocollo, per cercare di rimuovere eventuali dubbi e per avvicinarsi così il più possibile alle evidenze scientifiche, cercando di colmare gli scostamenti che erano stati notati.

Andando ad indagare più nello specifico nella letteratura scientifica emerge che, *data la loro diffusa adozione e valorizzazione come strumenti di pratica basata sull'evidenza*[23], i protocolli siano dei mezzi che facilitino la standardizzazione delle

---

[22] S. R. Ford and R. M. Pearse, "Do integrated care pathways have a place in critical care?", Curr Opin Crit Care, vol. 18, no. 6, pp. 683–687, Dec. 2012, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23010633/

[23] B. Hunter and J. Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways," Int J Nurs Stud, vol. 45, no. 4, pp. 608–625, Apr. 2008, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17524406/

cure, soprattutto per *procedure chirurgiche prevedibili e di routine*[24]. L'adozione dei protocolli quindi rappresenta una parte fondamentale della strategia di reparto per cercare di orientare al meglio la qualità assistenziale erogata dall'infermiere.

Inoltre, un aspetto rilevante da tenere in considerazione è l'**incident reporting**: tramite questo approccio è possibile individuare, all'interno delle unità operative, delle problematiche, degli errori o delle criticità che vengono valutate nel corso del tempo. Queste sono da considerarsi come dei punti 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*[25], attraverso la realizzazione di un protocollo clinico-assistenziale, che stabilisce un rigido iter diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Standardizzare non deve essere inteso però, come una pratica di routine che viene svolta senza considerare la soggettività della persona e quindi chi si assiste, ma al contrario permette di assicurare a tutti coloro che beneficiano di un servizio, un adeguato livello di qualità della prestazione fornita[26].

Ad oggi, infatti, è diventato fondamentale seguire delle linee comuni in ambito assistenziale, sia per tenere comportamenti simili tra gli operatori ed evitare quindi discrepanze nelle pratiche di cura, sia per soddisfare le esigenze degli assistiti, i quali diventano sempre più consapevoli di ciò che spetta loro a livello giuridico e assistenziale.

Standardizzare e personalizzare quindi, non devono essere considerati approcci contrapposti: infatti, l'assistenza infermieristica viene svolta come attività personalizzata, cioè rivolta alla persona intesa nella sua totalità ed unicità, tenendo in

---

[24] B. Hunter and J. Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways," Int J Nurs Stud, vol. 45, no. 4, pp. 608–625, Apr. 2008, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17524406/

[25] Elvira La Montagna, "Strumenti di standardizzazione sanitaria e loro utilizzo", Nurse24, Lug. 2016, aggiornato Nov. 2016, https://www.nurse24.it/studenti/standard/strumenti-standardizzazione-sanitaria-utilizzo.html

[26] F. Iacuaniello, S. Di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Standardizzazione: personalizzare prestazioni assistenziali", Apr. 2016, https://www.nurse24.it/infermiere/professione/standardizzazione-personalizzare-prestazioni-assistenziali.html

considerazione i bisogni di ciascun assistito e come standardizzata, quindi orientata alla scelta di quegli interventi che hanno dimostrato una reale efficacia[27].

Questi interventi fanno infatti riferimento alle molteplici ricerche condotte nel corso degli anni da gruppi di equipe infermieristici, ma anche medici, che attraverso degli studi osservazionali, trial ed audit, hanno identificato quelle che sono le migliori pratiche da mettere in atto affinché si possano ottenere risultati efficaci in materia di risorse disponibili e qualità dell'obiettivo prefissatosi.

Gli infermieri sono quotidianamente chiamati a prendere decisioni cliniche in risposta a necessità assistenziali: per evitare prestazioni discordanti o non conformi, che potrebbero provocare dei rischi aggiuntivi agli assistiti, vi è proprio il supporto della letteratura scientifica. Essa consente di promuovere la diffusione di strumenti finalizzati a migliorare la congruenza tra pratica clinica e ricerca clinica.

Infatti grazie alla letteratura, l'infermiere professionista riesce ad individuare quelle che sono le migliori evidenze scientifiche a supporto di una pratica assistenziale o tecniche che consentiranno di migliorare l'efficacia nel percorso di cura. In tal modo i professionisti potranno scegliere quelle che sono le migliori azioni da mettere in atto per garantire la più appropriata assistenza sanitaria in base alle circostanze cliniche che si presentano.

I protocolli clinico-assistenziali fungono quindi da anello di giunzione tra il piano teorico della letteratura scientifica e la realtà pratica in cui si opera. Se a livello nazionale o addirittura internazionale vengono stilate delle Linee Guida che hanno valenza generale e non entrano nello specifico, nella realtà locale sono proprio i protocolli che consentono di mantenere l'aderenza alle evidenze scientifiche, garantendo quindi un'assistenza infermieristica qualificata.

Per quanto riguarda l'area critica invece ci sono dei dubbi poiché la letteratura scientifica è più scarna e sono state intraprese meno ricerche specifiche anche perché *potrebbe essere difficile protocollare l'assistenza multisistemica richiesta in molte*

[27] F. Iacuaniello, S. Di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Standardizzazione: personalizzare prestazioni assistenziali", Apr. 2016, https://www.nurse24.it/infermiere/professione/standardizzazione-personalizzare-prestazioni-assistenziali.html

malattie critiche[28]. Nonostante ciò, gli infermieri intervistati sono tutti professionisti che operano in reparti d'emergenza e sono tutti convinti dell'importanza e della necessità di avere a disposizione dei protocolli clinico-assistenziali all'interno dell'unità operativa.

Anche gli autori dello studio, in linea con i risultati raccolti dalle interviste, raccomandano l'adozione dei protocolli all'interno di queste unità operative. Questo perché, fondamentalmente, l'utilizzo di un protocollo ha come obiettivi *la facilitazione dei risultati, la riduzione della varianza nella cura del paziente e il contenimento dei costi*[29] e anche se è ovviamente più complicata la costruzione di un protocollo che stabilisce le azioni da compiere in un contesto critico e quindi con pazienti più complessi da gestire, non è stata ancora trovata una metodologia migliore.

Quindi, anche se non ci sono molti riferimenti al riguardo, se un'equipe di un'unità operativa di emergenza, basandosi sulle evidenze scientifiche, è riuscita a standardizzare una determinata procedura e ad ottenere dei buoni risultati, è doveroso che essa venga applicata e seguita dall'intero team. È bene sottolineare però che con il termine "standardizzare" non si intende *ridurre la prassi ad una routine indifferenziata che non tenga in giusta considerazione la soggettività della persona che si assiste, ma assicurare tutti coloro che beneficiano di un servizio circa il livello di qualità della prestazione resa*[30].

Successivamente, per verificare l'efficacia di quanto messo in atto, sarebbe opportuno ricorrere, con cadenza regolare, a strumenti come gli Audit che consentono di controllare quanto i risultati ottenuti si discostano dalla letteratura scientifica più recente per poter così essere certi dell'effettiva utilità del protocollo messo in atto. Gli infermieri del reparto **A** hanno infatti sottolineato come loro facciano uso ricorrente degli Audit, che vengono organizzati regolarmente dal coordinatore del reparto, al fine

---

[28] S. R. Ford and R. M. Pearse, "Do integrated care pathways have a place in critical care?", Curr Opin Crit Care, vol. 18, no. 6, pp. 683–687, Dec. 2012, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23010633/
[29] S. Kirschner, W.-C. Witzleb, M. Eberlein-Gonska, F. Krummenauer, and K.-P. Günther, "Klinische Pfade," Orthopade, vol. 36, no. 6, pp. 516–522, Jun. 2007, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17563872/
[30] Asl Nuoro, "Qualità e standardizzazione in ambito sanitario e clinico: inquadramento scientifico e metodologico", 2010, http://www.aslnuoro.it/documenti/3_16_20101027165221.pdf

proprio di ottenere una valutazione continua degli standard assistenziali offerti ai pazienti, rilevando così eventuali criticità, appena queste si presentano.

Riuscire ad elaborare un protocollo non è un lavoro semplice, richiede molto tempo ed un grande lavoro. È per questo che dalle interviste effettuate emerge che per la stesura di un protocollo è necessario innanzitutto formare un gruppo di lavoro numeroso e ben strutturato. Chi ha il compito di creare questo gruppo di lavoro è il coordinatore di reparto, che una volta constatata la necessità di aggiornare un protocollo esistente o crearne uno nuovo, coinvolge gli infermieri.

Essendo quindi un'attività da svolgere in team, richiede un'adeguata collaborazione tra tutti i membri del gruppo di lavoro. In questo contesto, l'importanza di un gruppo numeroso non può essere sottovalutata, poiché la presenza di un maggior numero di professionisti consente di ottenere numerosi vantaggi. Ad esempio, un'equipe numerosa può garantire una maggior competenza e conoscenza, offrendo così la possibilità di raccogliere opinioni e suggerimenti preziosi per la stesura di un protocollo. Il coordinatore di reparto infatti, all'interno del gruppo di lavoro, inserisce sempre almeno un infermiere "esperto", ovvero che lavori da molti anni all'interno dell'unità operativa, ma anche altre figure meno esperte o addirittura di altri contesti, in modo tale che ci sia un ampio confronto di esperienze anche tra soggetti che non si conoscono.

Inoltre, un team ampio può facilitare la condivisione e la distribuzione dei compiti, garantendo così una maggior efficacia ed efficienza nella realizzazione del protocollo ed infine può promuovere la collaborazione ed il lavoro di squadra, favorendo una maggiore iniziativa e creatività nella realizzazione delle attività infermieristiche. In questo contesto, è intuibile che i singoli soggetti all'interno del gruppo di lavoro debbano sentirsi a loro agio e trovarsi in un ambiente in cui si sentano liberi di esprimersi al meglio delle loro possibilità.

Anche su questo aspetto, gli intervistati sono stati concordi nell'affermare che il clima all'interno dei gruppi di lavoro è sempre produttivo e coeso e ciò dipende anche dal fatto che il lavoro dell'infermiere è una professione dove non c'è spazio per l'individualismo, ma ci si abitua fin da subito al lavoro in equipe. Ed è proprio il lavoro di squadra che caratterizza la professione infermieristica, poiché per ottenere un elevato grado di assistenza al paziente i professionisti sanitari non possono agire individualmente ma è

necessario cooperare per ottenere una valutazione olistica del paziente e far sì che egli riceva le cure, i trattamenti e l'assistenza necessari ai propri bisogni. Il tutto è reso anche possibile grazie ai protocolli clinico-assistenziali, che fungono come una sorta di binario da seguire per assicurarsi che la professione infermieristica sia sempre basata sulle evidenze scientifiche.

CONCLUSIONI

Dallo studio condotto e dagli articoli pubblicati emerge quanto sia rilevante avere dei protocolli aggiornati all'interno delle unità operative. Le interviste effettuate confermano come la presenza dei protocolli sia un elemento fondamentale per garantire elevati standard di assistenza infermieristica. Infatti, se da un lato permettono una standardizzazione di determinati percorsi clinici assicurando la maggior aderenza possibile alle evidenze scientifiche, dall'altro, la loro realizzazione permette un aggiornamento del profilo professionale personale degli infermieri che collaborano alla produzione dei suddetti protocolli.

Di conseguenza, se i protocolli clinico-assistenziali vengono aggiornati periodicamente e il gruppo di lavoro addetto è, di volta in volta, soggetto a rotazione, tutta l'equipe di reparto sarà costantemente aggiornata. In questo modo si riesce ad ottenere una legittimazione professionale dell'intero team che sarà in grado di svolgere la professione infermieristica in maniera scientifica, garantendo il continuo miglioramento della qualità assistenziale.

La qualità deriva proprio dalle persone, dai loro interessi e dalla convinzione che si possa sempre migliorare. Questo, affiancato al concetto di EBN (Evidence Based Nursing) e alla *Clinical Governance*, aiuta a comprendere l'importanza che hanno le linee guida o i protocolli clinico-assistenziali. Infatti, oltre a consentire una coniugazione tra la ricerca teorica e la pratica, è ormai imprescindibile l'uso di questi strumenti nel contesto sanitario per poter ottenere un'assistenza non solo efficace, ma anche efficiente, volta totalmente ai bisogni e alle necessità della persona assistita.

Questo lavoro può considerarsi uno studio preliminare, quasi al pari di uno studio pilota sono state infatti condotte sei interviste semi-strutturate a infermieri che hanno partecipato alla costruzione di protocolli clinico-assistenziali, ovvero ad un campione di testimoni privilegiati, come spiegato precedentemente. In questo modo sono state coinvolte le figure più rappresentative per l'obiettivo di questa tesi, ma per aver un riscontro oggettivo si dovrebbero intervistare anche soggetti non coinvolti direttamente nella stesura di un protocollo, che potrebbero avere delle considerazioni e vissuti differenti. Così si analizzerebbe approfonditamente anche il loro punto di vista per poter

effettuare uno studio comparativo tra le risposte ricevute da chi ha partecipato e chi non ha partecipato.

Inoltre, per ottenere ancora una maggior completezza, si potrebbe realizzare anche uno studio quantitativo, creando un questionario da fornire a operatori sanitari e non solo infermieri che lavorano in reparti sia di medicina ordinaria sia di emergenza, possibilmente anche di diverse strutture ospedaliere. In questo modo verrebbero raccolte le testimonianze di un campione nettamente più ampio e si potrebbero creare delle comparazioni più strutturate anche con la letteratura scientifica, andando ad indagare le diverse realtà che sono presenti nelle varie unità operative. Così facendo si creerebbe uno studio completo, capace di analizzare a fondo le differenze tra le realtà dove è stato condotto lo studio e la letteratura scientifica.

Tuttavia, già da questo studio iniziale, è possibile constatare come ci siano diversi elementi che dimostrano l'importanza e la necessità di avere dei protocolli all'interno delle unità operative. Questi strumenti *sono associati a una riduzione delle complicanze intraospedaliere ed a una migliore documentazione senza incidere negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri*[31] e le interviste effettuate hanno concordato con i risultati della ricerca bibliografica condotta.

Dai colloqui effettuati è emersa non solo l'utilità dei protocolli all'interno dell'unità operativa, ma soprattutto la possibilità di accrescimento professionale che viene fornita agli infermieri che partecipano ad un gruppo di lavoro per la stesura di un protocollo. Si intuisce quindi come il gruppo di lavoro volto alla stesura di questo strumento, non sia una attività fine a sé stessa che termina una volta concluso il progetto; bensì si può considerare come una vera e propria esperienza formativa, che arricchisce i protagonisti dando loro la possibilità di migliorare sé stessi e legittimandoli a livello professionale. In questo modo si riesce ad aumentare la scientificità della professione infermieristica, garantendo un'assistenza sempre aggiornata e assicurando quindi quegli standard di qualità che sono sempre più elevati, fornendo un contributo concreto per la promozione, il recupero e il mantenimento della salute.

[31] T. Rotter et al., "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs," Cochrane Database of Systematic Reviews, Mar. 2010, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20238347/

BIBLIOGRAFIA

R. Graham, M. Mancher, D. M. Wolman, S. Greenfield, and E. Steinberg, Eds., *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2011

T. Rotter *et al.*, "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Mar. 2010

S. Kirschner, W.-C. Witzleb, M. Eberlein-Gonska, F. Krummenauer, and K.-P. Günther, "Klinische Pfade," *Orthopade*, vol. 36, no. 6, pp. 516–522, Jun. 2007

S. R. Ford and R. M. Pearse, "Do integrated care pathways have a place in critical care?," *Curr Opin Crit Care*, vol. 18, no. 6, pp. 683–687, Dec. 2012

B. Hunter and J. Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways," *Int J Nurs Stud*, vol. 45, no. 4, pp. 608–625, Apr. 2008

Elvira La Montagna, "Strumenti di standardizzazione sanitaria e loro utilizzo", Nurse24, Lug. 2016, aggiornato Nov. 2016

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" pubblicata in Gazzetta Ufficiale Mar 1999

Giordano Cotichelli, "Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica, risorse e criticità per il sistema sanitario", pp. 23; 25; 123, FrancoAngeli, 2013

F. Iacuaniello, S. Di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Standardizzazione: personalizzare prestazioni assistenziali", Apr. 2016

Mauro Salvato, "Audit clinico, istruzioni per l'uso", Nurse24, Giu. 2019

F. Iacuaniello, S. di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Protocolli infermieristici: cosa sono e a cosa servono", Mag. 2019

Sara di Santo, "Le Linee Guida", Nurse24, Set. 2019

Dario Tobruk, "Legge 42/99: Abrogazione del Mansionario degli Infermieri", Dimensioneinfermiere, Giu. 2016

FNOPI, "Codice Deontologico delle professioni infermieristiche", Ago. 2019

E. Berti, P. La Porta, V. Serra *et al.,* "Guida per i valutatori alla verifica dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite di accreditamento", Ott. 2013

F. Iacuaniello, S. di Santo, D. Palladini, P. Caputo, "Standardizzazione: personalizzare prestazioni assistenziali", Apr. 2016

James A. Fain, "La ricerca infermieristica -Leggerla, comprenderla e applicarla", 2/ed, McGrew Hill, 2004

K. Malterud, “Qualitative research: standards, challenges, and guidelines”, Department of Public and Primary Health Care, Norway, Lug. 2001

SITOGRAFIA

https://ape.agenas.it

https://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx#:~:text=L'avvio%20del%20Programma%20nazionale,messaggio%20nel%20mondo%20della%20sanit%C3%A0

https://aslnuoro.it

https://dimensioneinfermiere.it

https://parlamento.it

https://pubmed.com

https://www.assr.regione.emilia-romagna.it

https://www.fnopi.it

https://www.gimbeducation.it

https://www.gimbeducation.it/pagine/387/it/clinical-governance

https://www.laterza.it

https://www.laterza.it/bibliotecheinrete/Cap01/Cap01_01.htm

https://www.nurse24.it

https://www.healthcaremaster.unipr.it

https://www.salute.gov.it

ALLEGATI

Allegato 1

Interviste semi-strutturate rivolte a sei infermieri che lavorano in due diversi reparti ospedalieri di area critica in Regione. Gli infermieri sono stati resi anonimi con un codice alfanumerico, che indica anche il reparto di appartenenza, anche questo anonimo.

Le interviste si sono strutturate sulla base di quattro domande principali con lo scopo di indagare:

- Come è avvenuta l'adesione al gruppo di lavoro per la stesura di un protocollo e perché.
- Se la presenza di protocolli clinici è utile per l'unità operativa.
- Quanto è importante il lavoro di squadra che viene effettuato per la stesura di un protocollo e il relativo grado di sintonia tra partecipanti/colleghi.
- Se partecipare attivamente alla stesura o revisione di un protocollo è formativo per sè stessi e in che misura.

Infermiere A01

Prima domanda

Una volta che abbiamo fatto questo audit vediamo quanto ci discostiamo da quelle che sono le evidenze scientifiche. Da qui vediamo quali sono i maggiori scostamenti e creiamo un protocollo oppure andiamo a revisionare un protocollo che è già esistente da anni all'interno della SOD. Viene seguito lo schema aziendale per andare a formare un protocollo e quindi io vengo coinvolto proprio in questo e quindi creo un gruppo di infermieri, faccio accreditare l'attività di miglioramento che dà dei crediti agli infermieri e loro solitamente in 5 incontri da tre ore vanno a revisionare mettendo quelle che sono le nuove evidenze scientifiche all'interno del protocollo di reparto.

Seconda domanda

Si è estato formativo anche perché una volta creato il protocollo mando il protocollo firmato dal professore a tutto il personale, lo inserisco anche in una cartella dati di reparto chiamata "cartella dati neonatologia" dove dentro si trova tutta la modulistica di reparto e anche le sezioni operative e i protocolli e poi, durante le riunioni di reparto, viene letto a tutti il protocollo sulle cose a cui porre maggiore attenzione quindi in particolare sugli scostamenti che abbiamo notato per evitare di incorrere in errori.

Terza domanda

Mi sono trovato bene anche perché cerco sempre di creare gruppi abbastanza numerosi, cerco sempre di inserire persone di turni differenti per motivi logistici di reparto. È giusto che tutti buttino giu quelle che sono le idee oppure il tipo di manovre che fanno per quel determinato protocollo e dopo di che si cerca di interagire insieme seguendo sempre le evidenze scientifiche e stilando quelli che sono i punti proprio per il protocollo.

Quarta domanda

Sicuramente sì perché comunque nel tempo cambiano le varie manovre che possono essere fatte su alcune procedure quindi è sempre bene far riferimento a quel che sono le varie pubblicazioni e le evidenze scientifiche, le linee guida nuove per rientrare nel range di normalità.

Infermiere A02

Prima domanda

Sono stata convocata perché all'interno del nostro reparto praticamente organizziamo questi audit per andare a verificare i discostamenti dalle evidenze scientifiche e in base ai risultati che otteniamo vengono, o revisionati i protocolli che abbiamo già esistenti in reparto oppure ne vengono formulati di nuovi. Successivamente una volta eseguito il lavoro e la revisione di questi protocolli viene anche trasmessa a tutto il resto del personale, tramite email o riunioni con i dipendenti, i risultati degli studi effettuati.

Seconda domanda

Si sicuramente è un'esperienza formativa sia per me stessa perché comunque incrementiamo il livello delle conoscenze e delle competenze su ciò che effettuiamo tutti i giorni e anche per l'intero reparto.

Terza domanda

Si mi sono trovata bene con i colleghi. Comunque noi siamo sempre abituati a lavorare a stretto contatto quindi già nel lavoro di tutti i giorni è molto importante la cooperazione tra noi e il lavoro all'interno del team.

Quarta domanda

Si sicuramente è un'esperienza di crescita professionale per me stessa perché comunque mi consente di mettermi alla prova in prima persona e di migliorare le mie prestazioni e le mie capacità professionali

Infermiere A03

Prima domanda

Sono stata coinvolta perché dopo anni di esperienza in questo reparto potevo dare il mio contributo e il protocollo è stato fatto per uniformare il nostro operato in base alle evidenze scientifiche più attuali.

Seconda domanda

Per il reparto è sempre una cosa utile e formativa, per quanto riguarda me stessa nella partecipazione, tutto quello che fai che ti porta a studiare e ricercare è formativo per la persona anche dopo tanti anni che lavora in questa unità.

Terza domanda

È importante perché ci si confronta, io mi ci sono sempre trovata bene, ognuno fa la sua parte e ognuno mette un qualcosa di suo per raggiungere un obiettivo comune.

Quarta domanda

Si perché comunque devi anche andare a ricercare ciò che adesso non è più attuale rispetto a 15 anni fa quando magari si eseguivano pratiche diverse quindi è un modo di aggiornare anche personalmente la mia figura per una crescita professionale continua.

Infermiere B01

Prima domanda

La necessità di istituire un nuovo protocollo all'interno del reparto nasce in maniera ambivalente: da una parte le richieste del personale che lavora in reparto perché in una certa situazione o contesto era assente una direttiva ben precisa e quindi nasce sia dal personale di reparto sia dalla caposala che magari intende modificare delle procedure che in un dato momento si sono notate inefficaci e quindi può nascere dalla caposala

che poi da l'incarico di costruire un protocollo a un tema di lavoro composto da infermieri o altri operatori sanitari.

Seconda domanda

Si sicuramente è formativo poiché riguarda l'ambito e lo sviluppo personale e assistenziale perché migliora sia individualmente sia a livello collettivo il lavoro in un contesto di reparto.

Terza domanda

Solitamente il gruppo che lavora su un protocollo dovrebbe essere abbastanza coeso quindi è importante un buon rapporto tra i soggetti facenti parte del gruppo. È anche vero però che una caposala o un direttore di reparto creino un gruppo composto anche con elementi che non si conoscono per poter sviluppare nuove idee o mettere a confronto esperienze diverse tra colleghi.

Quarta domanda

Certamente. La crescita professionale avviene poiché tu ti distacchi dal ruolo di infermiere che lavora direttamente sulla persona e lavori in una situazione decontestualizzata, con lo scopo di mettere su carta ciò che è meglio per il reparto e per l'attività assistenziale degli operatori.

Infermiere B02

Prima domanda

In maniera casuale la coordinatrice ha formato dei gruppi, tenendo sempre in considerazione però la presenza di un "anziano", per lo sviluppo e la revisione di protocolli operativi, in maniera tale da coinvolgere più persone possibili e a turno tutto il personale per più protocolli.

Seconda domanda

Si, credo che sia stata un'occasione per progredire e per migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate.

Terza domanda

Il rapporto con i colleghi, per quanto mi riguarda, è sempre stato ottimo al dilà dei lavori di gruppo, e in un qualche modo l'operare insieme per la stesura dei protocolli ha favorito il legame e la conoscenza reciproca.

Quarta domanda

Si, senza dubbio questi lavori di gruppo hanno consentito una crescita personale anche perché sono stati momenti in cui ci si è confrontati e tutti hanno messo a disposizione le loro conoscenze, si è ragionato insieme e questo secondo me è importante non solo per la crescita professionale personale ma anche come gruppo.

Infermiere B03

Prima domanda

Allora, ho fatto sia la revisione dei protocolli gia esistenti, che protocolli ex novo, sia per l'università che per i reparti ospedalieri perché ci sono molte procedure che vengono affidate spesso agli infermieri e se queste poi creano delle discrepanze con la letteratura scientifica, è importante che ci sia un protocollo, per cui le occasioni maggiori dove sono stato coinvolto sono state le revisioni e la stesura di protocolli per la gestione del dolore o per la incannulazione delle vie arteriose. Sono stato chiamato dal direttore del reparto, dal coordinatore e all'epoca anche dall'università.

Seconda domanda

Si se il reparto è fatto di colleghi che hanno voglia di mettere in discussione le proprie conoscenze e aggiornarsi secondo le nuove linee guida, abbandonando quel modo molto frequente di operare del "si fa così perché si è sempre fatto così". Se la mentalità è questa allora non serve a nulla perché non si ha la possibilità di confrontarsi leggendo le nuove linee guida e le best practice.

Terza domanda

I collaboratori alla stesura sono in genere molto entusiasti, ed è fondamentale avere la stessa lunghezza d'onda con i colleghi perché poi quando il gruppo è parecchio ricco c'è il rischio che si tengano in considerazione fonti della letteratura che non sono attendibili quindi oltre ad un buon rapporto è necessario porsi dei paletti e uniformare i comportamenti in modo tale da avere una buona consultazione della letteratura.

Quarta domanda

Si perché non solo vai a rispolverare le vecchie conoscenze ma ti vai ad aggiornare imparando cose nuove che poi trasmetti ai tuoi colleghi e soprattutto facendo le revisioni dei protocolli rimani sostanzialmente sempre aggiornato su quelle che sono le ultime evidenza scientifiche. Ancor di più quando nel gruppo, la finalità del protocollo non prevede solo un'azione prettamente infermieristica ma magari anche delle competenze avanzate e quindi ti puoi mettere in gioco anche su delle conoscenze che non sono tipiche dello scibile infermieristico.