



*Un tema di grande importanza e attualità, quello dell'assistenza infermieristica basata sull'evidenza scientifica, viene qui trattato in termini generali (storici, concettuali) e con molti esempi che aiutano a comprendere le molteplici implicazioni. Si parla dei vantaggi che tale approccio può arrecare alle persone assistite, ma anche di come fare praticamente per acquisire quelle evidenze che sono necessarie per una pratica professionale efficace e appropriata. Un particolare da non sottovalutare è l'insistenza dell'articolo, nella sua parte conclusiva, sul ruolo che il Servizio infermieristico può e deve esercitare per favorire una assistenza infermieristica che si fondi sulle conoscenze scientifiche piuttosto che sulla tradizione e sulle opinioni.*

## L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze

*Antonella Santullo*

### IL QUADRO DI RIFERIMENTO

Il tema della *assistenza infermieristica basata sulle evidenze (evidence-based nursing, o EBN)*, che dobbiamo approfondire in questa mattinata, è molto caldo. Spero di riuscire a fornirvi un primo inquadramento su questo tema complesso in modo che lo possiate approfondire in una fase successiva.

La sua complessità è legata sia alla metodologia di ricerca dell'evidenza, sia alla struttura concettuale che c'è dietro al filone delle evidenze. Una delle cose che dobbiamo cercare di comprendere è se l'input delle evidenze scientifiche può costituire per la professione infermieristica un momento di rinascita o solo un ulteriore slogan per un movimento culturale alla moda.

Per iniziare questa presentazione è bene concentrare l'attenzione sul contesto, in modo da comprendere perché è nato questo movimento, che ha avuto origine non in ambito infermieristico, ma in ambito medico; un'analisi del contesto contribuirà alla comprensione delle logiche che hanno condotto a questa nuova impostazione metodologica e concettuale, con i suoi vincoli e le sue opportunità.

La nuova tendenza che tale impostazione esprime è legata a fenomeni che sono certamente a conoscenza della maggior parte dei presenti:

- *cambiamenti demografici*: stiamo osservando un invecchiamento della popolazione, con i mutamenti che ne derivano;
- *mobilità tra le popolazioni*: non abbiamo più popolazioni stabili, la mobilità dei popoli comporta cambiamenti socioculturali e anche, in certi casi, il riacutizzarsi di alcune patologie che avevano avuto un declino da un punto di vista epidemiologico;
- *una maggiore conoscenza dell'eziologia di molte*

*patologie*: a questa tendenza, legata allo sviluppo tecnologico, non si può pensare neanche lontanamente di porre un limite, tenuto conto che sarà uno sviluppo che crescerà a un ritmo esponenziale. Nel futuro ne deriveranno sicuramente aspettative diverse, perché una capacità tecnica crescente, ad esempio di diagnosi precoce, indurrà la popolazione a richiedere certi servizi, ad avere elevate aspettative per la risoluzione dei suoi problemi. Come cittadina del futuro, non mi aspetto soltanto di conoscere in anticipo di che cosa mi ammalò, ma anche di avere una risposta. Non mi serve sapere

A. Santullo: DDSI, Direttore Direzione Assistenziale, AUSL Rimini

Relazione presentata durante un convegno promosso dal Collegio Ipasvi di Macerata, settembre 2000

che mi ammalero e morirò di una certa patologia da qui a dieci o a quindici anni, ma mi aspetterò anche, come cittadina, che qualcuno mi dica come posso risolvere questo mio problema, altrimenti diventa qualcosa di frustrante;

- *limite economico*. Un famoso economista scrisse qualche anno fa che non ci sarà mai una società che avrà tante risorse disponibili per poter rispondere a tutti i bisogni di una popolazione: questo è un elemento che dobbiamo tener presente e credo che il “razionamento” che si è avuto negli ultimi anni rispetto alle risorse che devono essere investite in sanità è uno dei problemi che continueranno a essere presenti. Esso va anche visto alla luce della riorganizzazione che si avrà - è solo un accenno - nell’ottica di un sistema federale in sanità. In nome del famoso e controverso federalismo ci stiamo avviando ad un sistema sanitario che avrà forti componenti regionali: pur in una cornice generale di livello nazionale, il sistema avrà delle caratteristiche molto differenti tra una regione e l’altra. Con il limite economico nel corso degli anni futuri dovremo continuare a confrontarci. Il sistema sanitario del futuro sarà diverso, sarà un sistema che andrà a garantire quelli che sono stati definiti già nella programmazione nazionale i livelli essenziali di assistenza. Questo vuol dire che garantirà solo un pacchetto di prestazioni, mentre tutto ciò che esula da questo pacchetto sarà qualcosa che le persone dovranno integrare e pagare. Tutto questo può sembrare oggi molto lontano, ma vi assicuro che è molto più vicino di quanto noi tutti, come cittadini e come operatori, possiamo immaginarci;
- *tendenze dei servizi*. Siamo portati generalmente a pensare che l’apertura di ospedali o l’offerta di servizi come TAC, RMN o altri siano una garanzia per migliorare la salute di una popolazione, ma noi sappiamo, sulla base del buon senso oltre che di studi, che ciò non è sempre vero. Tuttavia non possiamo non tenere conto che c’è sempre e ci sarà sempre più un’offerta potenziale crescente, anche alla luce di quello sviluppo tecnologico che poc’anzi enunciavamo. Riguardo ai servizi va aggiunto che due parole chiave sono efficacia e efficienza. Vedremo più avanti che l’efficacia ha grande importanza in tema di evidenze e che soltanto una piccola parte delle prestazioni che vengono erogate in ambito sanitario sono conosciute in termini di efficacia, cioè si sa che fare quella prestazione determina un reale beneficio per il paziente. Non conosco bene la situazione della regione Marche. Quanto alla regione dalla quale proven-

go, l’Emilia Romagna, nel corso degli ultimi anni sta avvenendo una ridefinizione strutturale in termini di riduzione dei posti letto negli ospedali, con lo sviluppo delle attività legate alla fase post-ospedaliera, in particolare dell’attività domiciliare, delle cosiddette strutture alternative e, per la fase post-acuta, con la realizzazione di unità operative a conduzione infermieristica. Alla luce di questo processo di riorganizzazione, gli ospedali tratteranno realmente pazienti che sono in fase acuta.

Questo cambiamento nel ruolo dell’ospedale e altri cambiamenti fondamentali sono elementi che sembrano forse esulare dal nostro vissuto quotidiano, ma si dà contenuto alla parola “professione” anche avendo conoscenza di dove ci si trova collocati all’interno di un sistema e non soltanto nel piccolo contesto nel quale si lavora;

- *ruolo dell’utenza*, che è mutato negli anni. A seguito di una rilevante evoluzione culturale, abbiamo una popolazione che comincia ad informarsi, che cerca di conoscere; quanto più aumenta il livello di conoscenza della popolazione, tanto più aumentano le sue aspettative. Inoltre i suoi rapporti con chi eroga le prestazioni diventano più paritari, meno autoritari o paternalistici che nel passato.

Questi cambiamenti su versanti diversi, che ho illustrato in maniera forzatamente veloce, hanno un impatto sulle organizzazioni sanitarie e sui professionisti che lavorano al loro interno; ora, le organizzazioni sanitarie si definiscono organizzazioni complesse, ove c’è una variabilità professionale. Questo punto è molto importante per parlare di evidenze. Cosa vuol dire variabilità professionale? Vuol dire che all’interno di una organizzazione, anzi, addirittura all’interno della medesima unità operativa, io posso trovare lo stesso paziente e due medici, tre medici che hanno approcci diversi al suo trattamento. Posso trovare un’impostazione di terapia al mattino, cambiata al pomeriggio perché è venuto un altro medico. Passando al campo infermieristico, può accadere per esempio che un paziente venga mobilitato in modo diverso da infermieri diversi, o che venga preparato diversamente per un esame diagnostico. Queste differenze hanno un impatto sulla vita del paziente.

La variabilità professionale deriva da più elementi: uno è sicuramente il percorso di preparazione e di formazione che un singolo o un gruppo ha ricevuto; un altro è - nonostante si parli molto di lavoro in team - la frequente mancanza di integrazione anche all’interno dello stesso gruppo professionale. Tra l’altro, io sto vivendo in questa fase, come responsabile di una direzione infermieristica, pro-

prio la gestione di un gruppo misto, costituito da infermieri e medici, per aprire prossimamente una di quelle unità operative a gestione infermieristica di cui ho parlato poco fa. Si tratta di una unità operativa dove non avremo medici, ma soltanto infermieri e, credetemi, non è un percorso semplice. Abbiamo degli infermieri che chiedono se possono fare il prelievo, o che dicono che si rifiutano di farlo se non c'è il medico. Ciò a distanza di sei anni dall'emanazione del profilo professionale e di oltre un anno dall'abrogazione del mansionario: questo per dire che la cornice strutturale normativa è stata sostanzialmente completata, ma l'aspetto culturale si deve costruire e consolidare con il tempo.

Occorre dunque focalizzarci sull'importanza della variabilità professionale come elemento delle organizzazioni sanitarie. Il binomio autonomia-variabilità (i professionisti hanno una larga autonomia) dobbiamo ricordarcelo perché costituisce l'elemento su cui poi riusciamo a comprendere perché all'interno del contesto sanitario italiano, ma prima ancora internazionale, si sia cominciato a parlare di evidenze e di linee guida.

A questo riguardo dobbiamo tornare a quel fenomeno in crescita, che ha un grosso impatto anche sui servizi sanitari, nonché sull'evoluzione culturale, che è lo sviluppo delle tecnologie informatiche: quanti di voi hanno accesso ad internet? Un campione...., così, alzate la mano...., siete ancora pochi. Nell'arco di qualche anno a una domanda simile ci sarà una risposta affermativa corale da parte del gruppo: questo è un elemento che facilita lo sviluppo e la trasmissione di conoscenze. Un altro elemento che dobbiamo considerare è la crescita del volume e della complessità della letteratura biomedica. Nel corso del tempo ci ritroviamo anche in ambito infermieristico allo sviluppo di riviste e, più in generale, di pubblicazioni relative a questa area. Esse sono indicatori di sviluppo professionale: quanto più avremo riviste professionali differenziate comprendenti anche l'ambito della ricerca, tanto più potremo dire che la professione sta crescendo.

Per completare il quadro di riferimento, bisogna parlare un po' del concetto di appropriatezza: è un concetto relativamente nuovo che dobbiamo cercare di esplorare in rapporto al concetto delle evidenze. L'appropriatezza indica l'erogazione di una assistenza e di cure sanitarie che siano consone allo sviluppo delle attuali conoscenze scientifiche. Si tratta di un concetto semplice e trasparente dal punto di vista intellettuale, ma è necessario tenerlo ben presente per poter comprendere quello che diremo successivamente. In un sistema che non può

dare tutto a tutti, si deve decidere cosa dare. Come si fa a decidere cosa dare? Si decide di dare solo ciò che è appropriato, ossia ciò che realmente può arrecare benefici a quel paziente.

Il passaggio all'appropriatezza nel sistema sanitario si è avuto quando si è cominciato a fare i conti con delle risorse che vanno sempre più a delimitarsi, con la conseguente esigenza di razionare ciò che viene fornito. Ecco, di nuovo, i livelli essenziali di assistenza, o LEA, che fanno parte del piano sanitario nazionale e verranno riportati nei piani sanitari regionali. I LEA si devono basare su criteri scientifici che siano oggettivi e riproducibili per decidere come impiegare le risorse economiche in cure efficaci: non potendo dare tutto, ribadisco, si deve dare quella risposta assistenziale che serve realmente a quel paziente, in quel momento e in quella struttura. Queste cose non sono lontane dal nostro quotidiano come possono sembrare. Da un momento della nostra storia, nel nostro sistema, in cui l'enfasi era sulla produzione e sull'efficienza (si pensi ai DRG o all'impegno nel ridurre le giornate di degenza), stiamo passando a un orientamento verso l'efficacia e l'appropriatezza. Per fare un esempio concreto, tre o quattro anni fa tutto il problema delle infezioni ospedaliere e tematiche connesse era stato un po' messo in sordina, era quasi divenuto elemento poco importante all'interno dei sistemi ospedalieri. Di recente, alla luce del nuovo orientamento verso l'ottica della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure, è tornato in auge come tematica che deve essere oggetto di interesse e di approfondimento.

Una domanda che ci dobbiamo porre è: dove sono comparse le prime citazioni del termine *evidenza scientifica* da un punto di vista di programmazione nazionale? Le prime undici citazioni le abbiamo avute nel piano sanitario nazionale, il documento che illustra quali obiettivi si vogliono garantire ai cittadini dello Stato. In questo documento di politica sanitaria, per la prima volta, per ben undici situazioni si parla di evidenze scientifiche, sottolineando l'importanza del canalizzare l'utilizzo delle risorse verso prestazioni la cui efficacia sia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche. Il secondo riferimento è il decreto legislativo 229/99 ("riforma Bindi"), che ribadisce il concetto e fissa il principio che il sistema sanitario deve garantire nei livelli essenziali di assistenza solo ciò che realmente è appropriato. Alla luce di questo, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che ha sede a Roma, ha cominciato a produrre delle prime linee guida professionali su alcune patologie traccianti, in maniera da dare delle indicazioni su come trattare,

per esempio, il mal di schiena e le raccomandazioni per il trattamento di quella patologia.

Per quanto riguarda in particolare l'ambito infermieristico, bisogna soffermarsi sul Codice deontologico (1999), un testo che io considero la guida che ogni infermiere deve avere in tasca e deve conoscere a menadito, poiché individua le priorità sulla base dei criteri condivisi dalla comunità professionale.

#### UNA PROGRAMMAZIONE BASATA SULLE EVIDENZE

Passiamo ora al grande contenitore rappresentato da una programmazione basata sulle evidenze, il quale fa riferimento ad una popolazione più che al singolo individuo. Al suo interno si vanno a collocare i movimenti della medicina basata sulle evidenze (EBM, cioè *evidence-based medicine*) e - come già detto - dell'assistenza infermieristica basata sulle evidenze (EBN, ossia *evidence-based nursing*). Uno dei principali antesignani del primo movimento è stato A. Cochrane, un importante epidemiologo inglese che nel 1970 scrisse un piccolo grande testo, "L'inflazione medica", la cui lettura è ancora da consigliare. È stato lui il primo a scrivere quei termini che noi oggi adottiamo con tanta facilità, efficacia ed efficienza. L'idea di questo epidemiologo era che all'interno delle strutture sanitarie non era etico pensare di erogare delle prestazioni se queste non determinavano benefici. A quel tempo la sua voce rimase isolata, ma più tardi c'è stato un recupero culturale di questo autore, specialmente da parte di un gruppo di epidemiologi dell'Università MacMaster in Canada.

Il concetto chiave dell'orientamento che ha preso il nome di medicina basata sulle evidenze è che si eroga una prestazione sulla base di quelle che sono le conoscenze scientifiche attuali. Dove sono contenute le conoscenze scientifiche attuali? Si trovano all'interno di contenitori - dopo ne vediamo qualcuno - e sono il frutto di ricerche diverse i cui risultati permettono di dire, per esempio, che un intervento chirurgico a quel paziente, con quell'età e con quelle caratteristiche, è opportuno non farlo perché le ricerche sostengono tale scelta.

Ho detto prima che il punto chiave del movimento culturale dell'evidenza - giunto a maturazione adesso, nella "crisi economica" degli attuali sistemi sanitari - è la necessità per chi eroga assistenza di garantire l'appropriatezza delle prestazioni. In che modo? Il punto essenziale è che si deve cercare di integrare l'esperienza e l'intuito del medico (e, più in generale, dell'operatore), la sua componente esperienziale e personale - che rimane fondamentale - con quelle che sono le migliori evidenze scientifiche disponibili, moderate dalle preferenze del

paziente. Ciò riguarda anche l'area infermieristica. Essere un infermiere da vent'anni in urologia ed essere un infermiere da un anno in urologia fa la sua differenza, perché sicuramente il primo infermiere avrà acquisito una tale esperienza da riuscire a prestare attenzione a una serie di cose che sono empiriche, basate sull'esperienza, ma non per questo necessariamente meno significative. Entrambi, comunque, devono anche tener conto delle evidenze scientifiche di cui possono disporre.

Ho accennato anche alle preferenze dei pazienti perché questo è un elemento di contesto che è importante conoscere. Noi siamo in un sistema in cui i cittadini andranno ad acquisire un sempre maggior "potere", in particolare grazie all'accesso ad internet, che si sta diffondendo nella popolazione come tra gli operatori. Non è lontano a venire quello che sta succedendo in altri Paesi, in cui i pazienti, attraverso la rete internet, possono conoscere un certo medico, quali tipologie di interventi ha eseguito e con che mortalità per ogni tipologia; cioè ci stiamo avvicinando a una pubblicizzazione senza precedenti degli esiti che si hanno in ambito sanitario. Per fare un esempio, va in questa direzione un recente rapporto del Tribunale dei diritti del malato che riporta la tipologia degli errori che vengono commessi all'interno delle strutture sanitarie. Questo esempio mostra che anche da noi le preferenze dei pazienti sono un elemento da tenere in considerazione in un sistema che sta evolvendo.

Nel parlare di *evidence-based nursing* bisogna comunque concentrare la massima attenzione sulle ricerche disponibili. In ambito sanitario c'è una legittima variabilità professionale, tuttavia, per fare il semplice esempio dell'emocultura, devono esserci poi delle ricerche che mi portano a concludere che tale prelievo richiede tot cc, perché tale quantità garantisce un corretto esame.

L'importante è arrivare a decisioni basate sulle evidenze. Per assumerle tengo conto di ciò che mi dice la ricerca, della mia esperienza clinica, delle preferenze dei pazienti, restando sempre disponibile a verificare cosa diranno le ricerche anche in un tempo futuro.

Per l'attuazione nella pratica professionale del principio culturale dell'infermieristica basata sulle evidenze, o più semplicemente sulle conoscenze scientifiche, è essenziale sapere quali sono le fonti dalle quali attingere e quali sono i risultati della ricerca. Non si tratta del resto di una novità assoluta nel nostro campo. Per esempio, siamo tutti d'accordo che i pazienti che hanno subito un intervento chirurgico vanno mobilitati in tempi brevi. Perché questo? Perché delle ricerche hanno dimostrato che

la mobilitazione precoce dei pazienti determinava un minor rischio di tromboembolie e di altre complicanze. Più avanti vedremo con quali criteri si classifica questa evidenza e la strutturazione che ne deriva. In un caso come quello della mobilitazione precoce del paziente operato, a fini di prevenzione delle complicanze, non vi dovrebbe essere più variabilità professionale. In molte altre situazioni tale variabilità è invece presente ed è necessario conoscere gli ambiti in cui c'è variabilità di comportamento professionale per effettuare delle ricerche che producano dei risultati.

Questo significa che le incertezze nell'ambito del nursing devono essere ben identificate: quali sono le incertezze che ciascuno di noi ha nell'ambito della propria pratica professionale? Identificare le aree grigie indica dove deve essere sviluppata la ricerca, perché la ricerca è il motore che produce delle conoscenze, le quali forniscono gli elementi di riferimento che guideranno la nostra pratica professionale.

A questo riguardo la strada tradizionale era quella di fare riferimento alla propria esperienza e alle proprie intuizioni. Anche chiedere indicazioni al collega più esperto, all'infermiere che - dicevamo prima - lavora in urologia da vent'anni, può essere molto utile, ma non bisogna dimenticare che a fare sempre le stesse cose si rischia di fossilizzarsi e di non guardare oltre. Un grande aiuto lo danno i libri: ma ci vuole un anno per scrivere un libro, e nel giro di sei mesi è già vecchio per certi aspetti, perché nel frattempo sono venute fuori altre conoscenze. Dunque, anche i libri non sono da considerare validi in assoluto. Strumenti importanti, sui quali è opportuno soffermarsi, sono i protocolli e le linee guida. Possono avere, appunto, grande importanza, ma se sono "fatti in casa", sulla base di due o tre libri, c'è il rischio di ridurre o, addirittura, di vanificare un concetto come quello delle linee guida, che invece ha grande rilevanza. In un numero recente della rivista *Management Infermieristico* è stato pubblicato un interessante articolo sulle linee guida: la sua lettura permette di comprendere la complessità che c'è dietro questa parola.

Nel sistema attuale si parla di linee guida facendo riferimento a delle raccomandazioni che sono strutturate attraverso un processo sistematico di raccolta delle conoscenze; da queste derivano, appunto, raccomandazioni su un comportamento di un tipo o di un altro. La forza delle raccomandazioni non è sempre uguale, ma è legata a un sistema di classificazione di tipo A-B-C-D a seconda del grado di scientificità con cui sono state costruite. L'esempio che facevamo prima della mobilitazione dei

pazienti per la prevenzione delle tromboembolie è una raccomandazione che nel grading delle linee guida è di tipo A, in quanto viene fornita sulla base di una conoscenza scientifica che è il frutto di studi di natura sperimentale. Comunque, questo tipo di conoscenza lo possiamo agevolmente acquisire con l'accesso a internet e a determinate banche dati. Molto spesso nella nostra vita quotidiana di reparto ci affanniamo a scrivere linee guida o protocolli, mentre sarebbe forse meglio sapere dove attingere queste conoscenze per poi tradurle ed applicarle alla nostra realtà operativa. Va peraltro tenuto presente che ricercare delle conoscenze aggiornate richiede del tempo, perché la gestione delle informazioni scientifiche non è un processo semplice, è un processo strutturato.

### IL PROCESSO DELL'EBN

Quindi, come si caratterizza il processo dell'infermieristica basata sulle conoscenze scientifiche? Abbiamo detto che il punto chiave di questo movimento consiste nell'inserire i risultati della ricerca all'interno della pratica professionale, quindi all'interno dell'esercizio professionale. Ora dobbiamo esaminare quali sono le tappe fondamentali di questo processo.

La prima fase è quella di una review, o revisione, della pratica: si tratta di chiarire, sulla base dell'esperienza clinica, i quesiti che io intendo pormi, a cui non riesco a dare delle risposte sulla base delle mie attuali conoscenze, di quello che ho studiato. Per esempio, un quesito che mi posso porre è: cercare di controllare il dolore post-operatorio attraverso delle scale visuali-analogiche o altri strumenti del genere, può servire perché ci sia un adeguato controllo del dolore del paziente? Chi è che mi può dare risposta a questo quesito? In parte l'esperienza di alcuni colleghi che usano un certo strumento, in parte il mio intuito di professionista, ma non basta. Allora mi posso porre un altro quesito, questa volta di tipo organizzativo: posso identificare una particolare figura di riferimento nel percorso del paziente? Questa figura è il case manager, o "responsabile del caso". Anche quando l'organizzazione prevede un infermiere che segua il paziente da quando entra a quando esce dalla struttura (questo è il case manager) mi devo porre degli interrogativi: questa figura incide sul percorso del paziente? Modifica favorevolmente una serie di indicatori? Personalmente, sulla base dell'esperienza, posso dire sì, però si tratta di nuovo di una valutazione parziale e soggettiva.

La cosa migliore è che, quando ho dei quesiti di questo tipo, vada a ricercare delle evidenze, facen-

do un'indagine sui risultati delle ricerche che sono state fatte in merito ai quesiti che ho strutturato. Per esempio, se i miei quesiti sono: il case management migliora la soddisfazione del paziente? Riduce i tassi di ospedalizzazione? vado a cercare queste evidenze. Devo però avere degli strumenti di conoscenza che mi consentano un approccio critico a ciò che trovo in letteratura, perché non tutto quello che si trova va necessariamente bene. Come vedete, i passaggi sono diversi. A questo punto, una volta adottato l'approccio critico suddetto, procedo all'implementazione e poi faccio una nuova valutazione su quello che ho trovato e ho ritenuto che fosse valido per la mia struttura.

Quindi, in sintesi, quando parliamo di processo di infermieristica basata sulle conoscenze, ci riferiamo a un processo che è costituito da queste fasi. Dalla pratica emergono dei bisogni che trasformo in una domanda strutturata: essa diventa la base della mia ricerca in letteratura. Qui trovo delle ricerche, per analizzare le quali devo avere degli strumenti critici di lettura che mi permettano di conoscere alcuni elementi che caratterizzano la buona ricerca. Su queste basi definisco qual è la mia migliore evidenza disponibile e la uso per la pianificazione dell'assistenza che vado a programmare e ad attuare.

Entriamo ancora più nel dettaglio, facendo l'esempio di un focus strutturato, quello del dolore e dell'uso di un diario del dolore, per valutare se questo può determinare un controllo del dolore stesso. Il processo metodologico parte dall'aver chiaro cosa voglio cercare, perché lo voglio cercare e quali risultati voglio andare a misurare. In altre parole, vanno identificate le aree di incertezza, nelle quali non ci sono conoscenze strutturate come quelle relative alla mobilitazione del paziente che dicevamo prima. Individuate tali aree, pongo le mie domande strutturate alle banche dati deputate, ricercando in esse le evidenze, cioè le conoscenze scientifiche pertinenti. Critico quindi le ricerche che trovo e, infine, passo all'implementazione delle conoscenze sul problema che ho trattato da questo lavoro.

Il processo appena descritto è forse più complesso di quanto possa sembrare. Infatti nelle banche dati troverò probabilmente degli studi primari, per esempio su cento pazienti, per vedere se era opportuno utilizzare il diario del dolore per controllare il dolore. A questo punto metterò insieme tutti gli studi che sono stati condotti con criteri di scientificità e giungerò a identificare quella che viene definita "revisione sistematica". Ma posso anche trovare degli articoli di revisione sistematica già pubbli-

cati, di solito a cura di gruppi di persone che fanno parte di una rete internazionale denominata Cochrane Collaboration in onore di quel famoso epidemiologo inglese di cui abbiamo già parlato. Di essa fanno parte anche degli infermieri ricercatori, i quali, come gli altri membri della rete, vanno a spulciare tutte le banche dati dove ci sono le ricerche, selezionano quelle che sono state fatte con criteri che rispondono a oggettività e scientificità e poi fanno una sintesi. Il documento finale sarà, appunto, una sintesi di dieci, venti o trenta ricerche e costituisce una revisione sistematica.

Come ho già detto, le ricerche hanno caratteristiche diverse una dall'altra. Se, come è stato fatto per la tromboembolia, nasce una raccomandazione di tipo A, vuol dire che è stato fatto uno studio sperimentale. Supponiamo che voi siate una popolazione oggetto di questa ricerca: tutta l'ala sinistra l'ho mobilitata dopo tre giorni e l'ala destra l'ho mobilitata in prima giornata. L'evento che dovevo verificare all'interno della ricerca era l'incidenza dei fenomeni tromboembolici, e io vedo che l'ala sinistra, che è stata mobilitata in terza giornata, ha sviluppato ben 50 casi di tromboembolia, mentre l'ala destra, che ho mobilitato in prima giornata, ha sviluppato solo 5 casi di tromboembolia. A 11 a fine di questo studio, che aveva criteri di scientificità perché considerava una popolazione ampia, statisticamente significativa, i ricercatori possono dire: gentili signori, voi dovete mobilitare le persone subito, e questa è una raccomandazione di tipo A, perché deriva da uno studio sperimentale.

Per motivi di tempo non entro negli aspetti etici di queste indagini e neppure in tutti gli altri tipi di studio. Il messaggio è che dietro ogni tipo di raccomandazione c'è uno studio diverso. Si va dagli studi più validi, che danno la forza maggiore alle raccomandazioni che troviamo nelle linee guida, giù giù fino agli studi consistenti in opinioni di esperti che danno raccomandazioni di genere più basso, del tipo: noi, punte di eccellenza della professione X, ci siamo messi intorno a un tavolo e, in base alla nostra esperienza, abbiamo deciso che forse, per esempio, la sostituzione del catetere venoso centrale va fatta ogni 24 ore, perché si è visto che ciò dà luogo a minor insorgenza di infezioni e complicanze (a parte il fatto che questa problematica può essere oggetto anche di uno studio sperimentale).

Quando leggiamo un articolo che parla di una ricerca vi troviamo scritto che tipo di studio è, per cui possiamo verificare la forza delle sue conclusioni.

Chiarito cosa si intende per evidenze, cosa dob-

biamo fare noi? Quali barriere dobbiamo superare? La conoscenza dell'inglese è fondamentale, perché la letteratura è pubblicata in inglese, così com'è importante la conoscenza di strumenti informatici. Se ho un'idiosincrasia per il computer farò fatica ad acquisire dimestichezza con internet, quindi devo cominciare ad ampliare la mia mente e i miei orizzonti, dicendo: è il caso che cominci a manipolare in qualche modo anche degli strumenti di tipo informatico, procurandomi le relative conoscenze e capacità.

Nel dire questo dobbiamo tenere conto che abbiamo avuto quasi tutta una formazione che aveva una impostazione diversa. Non possiamo dire che fosse positiva o negativa in assoluto, però ci hanno orientati ad ascoltare in maniera passiva più che a ricercare in maniera attiva; in altre parole, siamo stati educati a essere tanti contenitori in cui qualcuno versava dei contenuti in termini di lezioni, più che essere spronati personalmente a momenti attivi di autoformazione. Inoltre, in aggiunta alle difficoltà suddette, vi è quella delle biblioteche: nella maggioranza dei casi nelle nostre strutture sanitarie è difficile trovare abbonamenti a riviste italiane, figuriamoci a riviste in lingua inglese e a biblioteche di tipo informatico. A questi problemi non sarà data ovunque una risposta omogenea e immediata, ma è certo che agli operatori vanno offerte queste possibilità e questi strumenti pratici.

Andando avanti nel discorso, dobbiamo chiederci ora quali sono i database bibliografici, cioè dove si possono ricercare le evidenze. Un termine inglese, Medline, indica un indice dove ci sono tutte le pubblicazioni di natura infermieristica e non. Si tratta di una di quelle banche dati in cui sicuramente si possono effettuare un gran numero di ricerche. Importante è poi la *Cochrane Systematic Review*, un insieme di revisioni sistematiche prodotte in termini operativi da quei gruppi di operatori prima citati che lavorano all'interno dei nodi della Cochrane Collaboration. Inoltre ci sono le riviste, ci sono gli elenchi giornali, che sono praticamente delle banche dati dove sono indicizzate le riviste più importanti, dal BMJ, che è il *British Medical Journal*, a tutte le riviste importanti dell'area medica, incluse delle riviste infermieristiche. Un elemento da tenere presente è che in banche dati come Medline si trovano sempre e soltanto studi di tipo primario, cioè singole ricerche come l'articolo fatto dal ricercatore A che ha fatto una indagine nell'ospedale B. Nelle banche dati secondarie (si può fare riferimento alle revisioni sistematiche della Cochrane), invece, non troverò la singola ricerca, ma, appunto, le revisioni sistematiche.

Facciamo un esempio di ricerca tra le revisioni sistematiche: ho fatto una ricerca sulle lesioni da decubito, ho lanciato soltanto la parola chiave e la parola chiave mi permette di avere una serie di indicazioni di ricerche effettuate all'interno di questo database. A questo punto, io posso andare a identificare tutte le ricerche, le review che sono state fatte, tra le quali seleziono le più recenti e trovo che è stata fatta una review recentissima sull'utilizzo dei letti, dei materassi e dei cuscini che si ritiene contribuiscano alla prevenzione e al trattamento delle lesioni da decubito. Quindi, nel sito indicato trovo la revisione sistematica fatta dal centro, magari da una ricercatrice dell'Università di York, da uno statistico, da infermieri e così via. Nella revisione sistematica si trovano in modo strutturato tutti gli elementi che abbiamo detto prima in maniera teorica: questa ricerca indica i tipi di studi che sono stati selezionati, gli obiettivi che devono essere misurati e i metodi che sono stati utilizzati per fare una revisione. Chi fa la revisione sistematica, infatti, deve dire cosa seleziona, per esempio se si tratta di *trial*, cioè di studi randomizzati e controllati: questa è una banca dati che seleziona solo *trial*, cioè che ha già una selezione a monte.

Queste ricerche non possono essere fatte dovunque tutti i giorni. Realisticamente è necessario e opportuno pensare a livelli diversi di supporto, cominciando dal livello strategico: l'azienda deve cominciare a sensibilizzare sul tema i medici e gli infermieri, predisporre i supporti tecnologici, quindi scegliere uno o due bibliotecari che facciano le ricerche. Serve una rete, serve un supporto che venga dall'alto, anche se - va ribadito - l'elemento individuale ha una importanza decisiva.

A conclusione di tutto il discorso, è bene affermare che non dobbiamo mai dimenticarci di avere dall'altro lato una persona, un paziente: le conoscenze scientifiche ci devono guidare per cercare di fare del bene, dei benefici, evitando assolutamente di produrre dei danni.

#### RISPOSTE A INTERVENTI

Con la legge 251/00, che ha istituito la laurea e la dirigenza infermieristica (e anche delle altre professioni), il percorso giuridico è praticamente completo, cioè quello che dovevamo aspettarci da una cornice normativa l'abbiamo avuto. Quello che ci vuole adesso è l'apertura della mentalità, il cambio culturale. Ma questo, probabilmente, sarà generazionale, non possiamo aspettarcelo a breve termine. Nel frattempo cosa possono fare le singole persone che sentono la spinta a riconoscere i propri limiti? La risposta è implicita nella premessa: nel momen-

to in cui riconosco i miei limiti, mi metto anche in movimento per approfondire le mie conoscenze, superando resistenze che nella professione sono ancora forti.

L'essenziale è non assumere atteggiamenti del tipo: "Chi me lo fa fare?" Bisogna spingere in maniera forte per avere gli strumenti necessari, non dimenticando tra l'altro che il tema della formazione permanente è un vincolo per le aziende, alla luce del decreto legislativo 229/99. La formazione permanente è divenuto elemento vincolante per le aziende, anche se resta da vedere come avverrà in dettaglio. Considerando anche il contratto di lavoro, c'è una serie di strumenti normativi che ci proteggono consentendoci di avanzare delle richieste legittime per avere ciò che ci spetta (per esempio, un computer con connessione a internet) allo scopo di garantire risultati di un certo livello al cittadino.

Per tutto quello che abbiamo detto le modalità organizzative sono importanti. In particolare, la partenza dei dipartimenti prevista dal citato D. Lgs. 229/99 può essere uno strumento di forza, perché dovrà significare avere anche un'organizzazione infermieristica che risponda a livelli di autonomia (previsti pure dalla citata legge 251/00). Però è necessario fare un discorso a monte della stessa organizzazione dipartimentale: tutto passa attraverso la direzione strategica, che ha responsabilità di tipo pianificatorio, e nella direzione strategica un ruolo molto forte lo gioca la direzione infermieristica o Servizio infermieristico. Certi cambiamenti possono essere in parte un frutto che nasce dal basso, per esempio da un dipartimento, ma è anche vero che occorre una direzione generale che abbia una visione. Avere una visione vuol dire credere nel portare avanti progetti strategici, uno dei quali può essere quello di affidare a un Ufficio qualità il mandato di lavorare per un anno sulla sensibilizzazione e sul tema delle evidenze scientifiche. La forza e il motore di questo cambiamento nasce da una direzione strategica che deve essere illuminata in materia, illuminata grazie anche a delle direzioni infermieristiche che non devono interpretare il proprio ruolo in maniera burocratica, ma in maniera strategica. Questo salto di qualità potrà essere favorito dal fatto che la legge 251/00 prevede l'istituzione di una dirigenza infermieristica con contratti di tipo privato: come c'è il contratto per il direttore sanitario d'azienda, ci sarà anche il contratto per il dirigente del personale infermieristico aziendale, il quale dovrà però meritarsi sul campo questo ruolo con i suoi vantaggi.

Un chiarimento su internet: noi possiamo accedere a Medline come grande banca dati e possiamo

accedervi attraverso un sito che è quello del Gruppo italiano della medicina basata sulle evidenze, che è un sito gratuito. Il problema reale non è l'accesso a Medline, ma saper fare la ricerca, perché ci sono molte variabili che concorrono a costituirla. In particolare, ci vogliono delle conoscenze tecniche che permettano di discernere come è stata condotta la ricerca e se i suoi risultati sono tali da avere inferenza al di là della sede in cui la ricerca è stata compiuta.

Un aspetto delle conoscenze scientifiche che prima non abbiamo considerato ma che ha grande rilievo è il carattere universale del loro linguaggio. Tornando all'esempio della prevenzione delle lesioni da decubito, quando vengono fuori delle linee guida - esistono anche dei siti sulle linee guida - la raccomandazione che è il frutto di un gruppo internazionale è un linguaggio universale, perché non è una scelta che mi sono fatta io in casa, nelle mie quattro mura, ma è il frutto di studi che hanno condotto a quel tipo di risultato. L'altro esempio della mobilitazione precoce è il frutto di uno studio che fa sì che questo tipo di pratica professionale non si abbia solo in Italia, ma sia presente anche nei protocolli della Svezia, della Cina e così di seguito. Bisogna confrontarsi con operatori e quindi anche con metodi diversi di operare: questa è una cosa che dobbiamo cominciare a pensare come non lontana, visto anche che cominciano ad arrivare da noi infermieri che provengono da altri Paesi dell'Unione europea.

L'accreditamento, laddove viene attuato coerentemente, è un altro grande stimolo al cambiamento e al miglioramento. Ho fatto qualche esperienza in proposito. Ho visto un impegno molto forte da parte degli operatori, ho visto una grande produzione di carta, di ponderosi manuali di procedure, ma non sempre ho constatato anche un reale cambiamento nell'attività lavorativa del quotidiano. Quindi è doveroso recepire tale stimolo per mettere in discussione quello che si fa, però bisogna fare in modo che il lavoro per l'accreditamento diventi un'occasione per una discussione di natura professionale, più che di natura strutturale.