

# L'importanza della ricerca infermieristica (anche) in Medicina d'Urgenza

Paola Di Giulio

Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Torino

## SINTESI

L'obiettivo di questo articolo è di discutere l'importanza della ricerca per lo sviluppo della professione infermieristica, puntando l'attenzione in particolare allo sviluppo e al contributo degli infermieri che lavorano nei Dipartimenti di Emergenza.

Vengono riportati, e brevemente commentati, alcuni esempi di ricerche potenzialmente rilevanti per la professione infermieristica e viene sottolineata l'importanza della stretta relazione che deve esistere tra ricerca, formazione e pratica e della rilevanza dei quesiti di ricerca per l'assistenza e il miglioramento della pratica.

Mentre in linea di principio si dichiara l'importanza della ricerca per la pratica e per la progressione delle conoscenze, nel quotidiano la ricerca viene considerata come qualche cosa che appartiene ad altri e quindi scarsamente praticabile. I motivi alla base di questo vissuto sono numerosi:

- mancanza di conoscenze sulla metodologia della ricerca;
- mancanza di tradizione;
- non riconoscimento da parte delle altre professioni della possibilità e dell'importanza che gli infermieri facciano ricerca;

d. mancanza di tempi tecnici di riflessione e pensiero.

Uno dei motivi più rilevanti però è la mancanza di riconoscimento dell'utilità della ricerca per la pratica. È innegabile che la ricerca debba essere utile per la pratica, cioè deve produrre conoscenze rilevanti per l'assistenza, consentire di comprendere meglio i problemi o trovare risposte alle difficoltà dei pazienti o alle difficoltà che gli infermieri incontrano quotidianamente nella gestione dei problemi dei pazienti.

Questo non significa che le conoscenze debbano essere immediatamente spendibili. Per esempio, quando si scopre un nuovo mediatore chimico o l'associazione tra un gene e una malattia, le conoscenze prodotte non si traducono immediatamente (né necessariamente) in interventi concreti o terapie. Una ricerca sulla prevalenza di depressione nei pazienti con scompenso cardiaco consente innanzitutto di quantificare il problema e di identificare quelli depressi, per i quali la depressione peggiora la qualità di vita. Questo aumenta la comprensione del problema e dell'impatto che ha la malattia, consente di identificare fasce o gruppi di pazienti "più a

rischio", ma può anche non tradursi necessariamente in interventi che risolvono il problema.

Quanto più, però, è presente il collegamento tra ricerca e pratica (e la pratica sono: i problemi dei pazienti, i meccanismi di azione di un farmaco, le reazioni alla malattia), tanto più la ricerca diventa un metodo per la comprensione e il miglioramento della pratica. Il collegamento più importante riguarda la formulazione delle domande di ricerca, che dovrebbero essere rilevanti per chi assiste e per i pazienti<sup>1</sup>.

Un'associazione di termini, quindi, è quella tra assistenza e ricerca. La logica di questa associazione è di immaginare la ricerca non come una presa di distanza, ma come un'immersione nella quotidianità, per esplorare le domande e il non-noto della pratica, piuttosto che per applicarvi principi e linee guida. È una prima indicazione, forse non così ovvia: pensare a una formazione nell'assistenza, in vista di una sua evoluzione, più che a una formazione all'assistenza, con la preoccupazione di una sua riproduzione. La ricerca va quindi intesa anche come formazione, come luogo di verifica di ipotesi sia nella loro formulazione sia nell'applicazione alla pratica<sup>2</sup>.

La maggioranza delle ricerche prodotte, in particolare nell'infermieristica, ha come obiettivo quello di descrivere e documentare i problemi dei pazienti. In questo senso fornisce elementi di comprensione della realtà. In questo "passaggio" sono possibili due atteggiamenti:

- attendere che siano gli altri a produrre dati o "evidenze" a cui adattarsi;
- partecipare, attivamente e con progetti, alla loro produzione.

Gli infermieri possono, e devono, cercare di realizzare ricerche autonome ma anche collaborare alla conduzione

di sperimentazioni cliniche mediche. Per quanto riguarda la ricerca infermieristica, non avrà senso preoccuparsi troppo di discutere su che cosa sia (se fatta da infermieri o con infermieri o su problemi infermieristici; se fatta da soli o in collaborazione). Ciò che importa è che il tema selezionato sia rilevante per l'assistenza<sup>1</sup>.

Il passaggio fondamentale è quello di non considerare la metodologia come una serie di tecniche più o meno "strane", o per lo meno estranee alle pratiche correnti, ma come un codice di lettura da utilizzare, una volta apprese la logica, sui contesti più diversi per consentirne una lettura omogenea e riproducibile.

Infatti, il metodo scelto deve essere coerente con gli obiettivi e il contesto in cui si vogliono osservare i problemi e condurre i progetti, e deve tenere conto delle complessità.

Un'altra associazione di termini è quella tra complementarietà e articolazione. La professione infermieristica è articolata (come peraltro quella medica) in una serie di aree di competenza, funzioni, interessi: è fondamentale tenerne conto e mettere al massimo in risalto le diversità, per articularle nella produzione di una complementarietà di punti di vista, ognuno dei quali diventa occasione di ascolto e di insegnamento<sup>2</sup>. La metodologia della ricerca è il minimo comune denominatore che consente di trovare un linguaggio di comunicazione reale al di là dell'eterogeneità dei campi di interesse, dei contenuti, dei percorsi.

### Esempi di lavori come suggerimento per nuovi progetti

Alcune aree della pratica clinica sono particolarmente penalizzate dal tipo di lavoro e di pazienti e dalla tipologia dei contesti. La maggioranza delle ricerche "infermieristiche" nei Dipartimenti d'Emergenza ha riguardato (e quasi monopolizzato l'attenzione) il triage (infermieristico o medico) per valutare la concordanza tra medici e infermieri, l'accuratezza della classificazione, lo stress dell'infermiere che fa triage.

Consultando le banche dati (Medline) con le parole chiave (*emergency medicine and nursing*) si ha un'idea dello spettro di problemi oggetto, o possibile oggetto, di ricerca, infinitamente più ampio rispetto al triage. Senza nessuna pretesa di voler fare un censimento accurato, ma solo seguendo la curiosità e l'interesse rispetto ai titoli, si riportano alcuni esempi di lavori che potrebbero anche essere di spunto per progetti, magari multicentrici o a livello locale. La scelta dei lavori è stata effettuata avendo come unico criterio la rilevanza del tema per l'assistenza, indipendentemente dal fatto che gli Autori fossero medici, infermieri o un gruppo multidisciplinare, o che l'articolo fosse stato pubblicato su una rivista medica o infermieristica.

### Gli eventi avversi e i rischi dei pazienti in Dipartimento d'Emergenza

I pazienti in Dipartimento d'Emergenza corrono i rischi più ovvi legati ai trattamenti, alla possibilità di commettere

errori nelle terapie (pertanto vanno studiati sistemi specifici per prevenirli, dato il contesto particolare), ma possono anche, per il disorientamento e la sistemazione logistica non sempre ottimale, andare incontro, più di altri, al rischio di caduta. Le modalità di prevenzione delle cadute e di gestione del paziente dovrebbero essere, anche in questo caso, diverse rispetto a quelle degli altri reparti.

Baraff *et al.*<sup>3</sup> hanno valutato l'efficacia dell'introduzione di linee guida per la prevenzione delle cadute in un Dipartimento d'Emergenza. Si tratta di uno studio con un disegno pre-post in cui sono stati raccolti i dati di un anno per valutare l'incidenza delle cadute, è stato eseguito un intervento educativo basato sulle linee guida per la prevenzione delle cadute, e si sono raccolti i dati nel corso dell'anno successivo alla formazione, per un confronto. Sono stati osservati 1140 pazienti nel periodo pre-intervento e 759 pazienti post-intervento. Dopo l'intervento educativo è caduto un maggior numero di pazienti per perdita di coscienza, ictus e convulsioni (pre 3,8%, post 8,4%,  $p < 0,001$ ). È migliorata però la qualità della documentazione per 6 informazioni su 10 per le cadute, tra cui la causa di caduta (64,5% vs 72,9%), la capacità di alzarsi senza assistenza (5,4% vs 12,5%), la registrazione dei farmaci prescritti (79,0% vs 92,2%) e quella di alcuni parametri legati all'esame obiettivo come l'esame della vista; è aumentata anche la prescrizione di calcio. Il solo intervento educativo può portare a piccoli cambiamenti, anche se rilevanti; tuttavia, per ottenere un effetto tangibile sul problema alla formazione, vanno associati cambiamenti organizzativi.

Gli eventi avversi non riguardano solo le cadute. Alcune tipologie di pazienti possono essere più a rischio di altre. Daud-Gallotti *et al.*<sup>4</sup> hanno valutato l'insorgenza di eventi avversi nei pazienti con ictus che si presentavano nei Dipartimenti d'Emergenza, per identificare, in particolare, gli eventi gravi e associati al decesso. È uno studio caso-controllo su 468 pazienti ricoverati per ictus dal marzo 1996 al settembre 1999. I casi erano 234 pazienti consecutivi deceduti e i controlli 234 pazienti dimessi vivi, appaiati per diagnosi e periodo di ricovero. Gli eventi avversi sono stati identificati dalle Cartelle cliniche e classificati in base a gravità, cause cliniche e professionali. L'associazione alla morte è stata valutata con un'analisi multivariata. Si sono verificati 1218 eventi avversi in 295 pazienti: 932 (76,5%) in 170 pazienti deceduti e 286 (23,5%) in 125 controlli. Gli eventi avversi gravi (659) costituivano più della metà (54%) di tutti gli eventi: 538 in 143 casi e 121 in 65 controlli. Le procedure diagnostiche e terapeutiche e le attività infermieristiche erano responsabili del 55,2% degli eventi. Eventi avversi provocati dagli infermieri (38,4%) e dai medici (31%) rappresentavano la categoria di eventi avversi più frequente. Sono risultati statisticamente associati al decesso gli eventi avversi gravi, quelli dovuti a cause professionali e le infezioni nosocomiali (rispettivamente OR 3,74, IC 95% 1,64-8,54; 3,71, IC 95% 1,61-8,53; 3,22, IC 95% 1,21-8,59). Gli eventi avversi, prevalentemente gravi, sono più frequenti tra i pazienti deceduti e sono provocati da proce-

diagnostiche, terapeutiche e attività infermieristiche. Uno studio monocentrico, multidisciplinare, sulle Cartelle cliniche e infermieristiche dei pazienti è utile per descrivere la frequenza di problemi provocati da interventi clinici e assistenziali e ragionare sulla possibile evitabilità, prendendo in esame strategie e modalità che rendano più sicura l'assistenza. Se lo studio fosse multicentrico, si potrebbero fare riflessioni sull'eventuale variabilità degli eventi tra centro e centro, e sulla possibile associazione a variabili organizzative e di contesto.

### Il controllo del dolore

Uno dei problemi trascurati, anche in Dipartimento d'Emergenza, è la gestione del dolore: la situazione di urgenza e criticità spesso porta a mettere in secondo piano l'alleviazione del dolore provocato da esami, tecniche, patologia.

Silka *et al.*<sup>5</sup>, nel loro lavoro, valutano l'efficacia dell'introduzione di scale per valutare il dolore, sul controllo del dolore nei pazienti ammessi per trauma nei Dipartimenti d'Emergenza. È stato condotto uno studio prospettico, osservazionale sulla somministrazione di analgesici a pazienti traumatizzati, dopo un corso, rivolto a medici e infermieri, sul controllo del dolore e l'introduzione di una scala verbale (da 1 a 10) per la valutazione del dolore. Sono stati esclusi dall'analisi i pazienti con età minore di 12 anni, con una *Glasgow Coma Scale* (GCS) minore di 8 o intubati. Il personale non era al corrente dello studio in corso.

Sono stati studiati 150 pazienti consecutivi. Il dolore era stato documentato per il 73% dei casi esaminati. Sono stati somministrati analgesici al 53% dei pazienti (IC 95% 45%-61%); al 60% di coloro ai quali era stato documentato il dolore e al 33% di coloro ai quali non lo era stato. Non si sono somministrati analgesici ai pazienti con dolore minore di 4, mentre li hanno ricevuti il 72% di coloro con dolore maggiore di 4 e l'82% con dolore maggiore di 7. Il tempo medio trascorso prima della somministrazione di analgesici è stato di 68 minuti (IC 95% 49-87).

L'introduzione di scale per la valutazione del dolore (e la valutazione sistematica del dolore) aumenta la probabilità che ai pazienti con trauma e dolore elevato in Dipartimento d'Emergenza vengano somministrati analgesici.

### Le opinioni dei familiari sulle cure di fine vita

Uno studio, multicentrico<sup>6</sup>, ha coinvolto dal 1997 al 2000, 969 parenti di pazienti deceduti in 5 diversi Dipartimenti d'Emergenza. La maggioranza (84,4%) ha affermato che i propri cari avevano ricevuto un'assistenza eccellente. I motivi alla base di questo giudizio positivo erano soprattutto la soddisfazione per l'assistenza complessiva ricevuta (40,2%), per gli sforzi fatti dal personale (23,2%) e per la comunicazione (16,4%). I motivi di insoddisfazione riguardavano invece la percezione di incompetenza (9,7%), di mancanza di attenzione (8,4%) e la carenza di personale (3,7%). La soddisfazione è risultata più elevata per la comunicazione con il perso-

nale infermieristico (88%) rispetto a quello medico (78%  $p < 0,001$ ); per l'assistenza infermieristica (90%) e il sostegno religioso-spirituale ricevuto (87%), rispetto all'assistenza medica (81%  $p < 0,001$  e  $p = 0,006$ ).

### Gli indicatori di performance per misurare la qualità

Al fine di arrivare a un consenso sugli indicatori di performance per misurare la qualità dell'assistenza complessiva in un Dipartimento d'Emergenza è stato utilizzato il metodo Delphi<sup>7</sup>. Sono stati consultati 33 esperti del settore della Medicina d'Urgenza: medici, infermieri, altri professionisti e pazienti. Ai partecipanti è stato chiesto di proporre indicatori di performance che riflettessero la qualità dell'assistenza erogata nei Dipartimenti d'Emergenza del Regno Unito. L'elenco prodotto è stato inviato a tutti con la richiesta di assegnare a ciascun indicatore un punteggio fino a 9. Le proposte che non hanno raggiunto un consenso sono state riesaminate dal gruppo. Sono stati proposti 224 indicatori di performance e su 36 è stato raggiunto un consenso dopo tre giri di opinione. Ventiquattro indicatori erano misure di processo.

### Le attività degli infermieri nei Dipartimenti d'Emergenza

Che cosa fanno gli infermieri che lavorano nei Dipartimenti d'Emergenza? Si è cercato di rispondere a questa domanda con un questionario inviato via e-mail a un campione opportunistico di 96 infermieri (*Nurse practitioners* negli USA sono infermieri con una preparazione superiore e competenze avanzate rispetto a un infermiere di base)<sup>8</sup>. A questi infermieri è stato chiesto di inviare, a loro volta, il questionario ad altri colleghi. Nel questionario era compreso un elenco di 71 attività e procedure ricavate dal *Clinical Procedures in Emergency Medicine* di Roberts ed Hedges. Agli infermieri era stato chiesto di mettere in sequenza le attività elencate in base alla frequenza di esecuzione, di specificare dove avessero imparato a eseguirle e l'importanza assegnata al fatto che un infermiere che lavora in Dipartimento d'Emergenza sapesse eseguire l'attività in oggetto. Hanno risposto 72 infermieri. Almeno il 50% (36) eseguono 35 delle 71 attività e procedure elencate nel questionario. Quasi tutte/i erano in grado di usare la fluoroscopia, e solo 3 procedure – culdocentesi, flebotomia e inserimento di viti e tiranti per la trazione scheletrica – non erano state mai eseguite. La maggioranza aveva appreso e acquisito manualità con formazione in servizio. Il 50% ha identificato 56 attività e procedure come fondamentali per il lavoro di un infermiere in Dipartimento d'Emergenza.

### Conclusioni

I lavori presentati hanno obiettivi e disegni diversi: da inchieste tramite questionari, a studi osservazionali, caso-controllo, sperimentazioni cliniche. Gli Autori era-

no a volte solo medici, o solo infermieri, o gruppi misti. Le riviste in cui sono stati pubblicati non erano solo infermieristiche. Peraltro, non può essere solo infermieristica un'indagine sugli eventi avversi gravi, né un'inchiesta sugli indicatori per valutare la qualità delle cure e dell'assistenza in un Dipartimento d'Emergenza. I quesiti e i risultati sono tutti di interesse per l'assistenza: dalle metodologie per migliorare il controllo del dolore, all'epidemiologia degli eventi avversi su tipologie diverse di pazienti, alla valutazione della soddisfazione dei parenti dei pazienti deceduti in Dipartimento, alla valutazione delle attività eseguite da chi lavora in Dipartimento (questo tema peraltro è stato, per alcuni aspetti, già affrontato<sup>9</sup>). Si tratta di lavori riproducibili, su base multicentrica o monocentrica, che rispondono a quesiti aperti e l'elenco potrebbe essere molto più lungo.

La ricerca dovrebbe:

- alfabetizzare a una lingua che cerca di tradurre la ripetitività o passività della routine assistenziale in una ricerca di autonomia professionale, capace di cercare e trovare risposte;
- far parlare in una lingua comune, competenze e soggetti molto dispersi.

Le domande del quotidiano: «È utile? Cosa va meglio? Quanti pazienti hanno questi problemi?» dovrebbero tradursi in progetti che aumentano le nostre conoscenze. Il fatto che gli infermieri debbano progettare e proporre ricerche è un requisito irrinunciabile: una professione sanitaria, e tanto più quella infermieristica (minacciata sempre da scelte e proposte imposte dall'esterno o dai contesti), dovrebbe oggi pensarsi e organizzarsi come soggetto propositore di ricerca e sperimentazione lungo tutto lo spettro delle funzioni o dei campi di interesse tipici dell'assistenza. Produrre nuove conoscenze significa diventare interlocutori autonomi, e perciò autorevoli, nella medicina e anche nella società<sup>2</sup>.

Occorre una strategia di progetti. L'importanza di avere una professione più attiva in questo campo è stata più volte sottolineata su riviste nazionali (si rimanda ai numerosi editoriali e contributi di *Assistenza Infermieristica e Ricerca* e *Rivista dell'infermiere*) ma anche internazionali e specifiche del settore<sup>10</sup>.

Una nuova rivista, dedicata alla Medicina d'Urgenza, può essere veicolo di esperienze ma anche occasione per creare reti, lanciare iniziative e proposte, attivare progetti e percorsi di lavoro.

## Bibliografia

1. Numero monografico sulla Ricerca. (*Ass Inf Ric*) 1998; 17: 3-60.
2. Redazione (a cura della). Sperimentazioni cliniche infermieristiche. *Ass Inf Ric* 2004; 23: 79-81.
3. Baraff LJ, Lee TJ, Kader S, Della Penna R. Effect of a practice guideline on the process of emergency department care of falls in elder patients. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 1216-23.
4. Daud-Gallotti R, Dutilh Novaes HM, Lorenzi MC, Eluf-Neto J, Namie Okamura M, Tadeu Velasco I. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *Eur J Emerg Med* 2005; 12: 63-71.
5. Silka PA, Roth MM, Moreno G, Merrill L, Geiderman JM. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 264-270.
6. Marco CA, Buderer N, Thum SD. End-of-life care: perspectives of family members of deceased patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22: 26-31.
7. Beattie E, Mackway-Jones K. A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine. *Emerg Med J* 2004 Jan; 21(1): 47-50.
8. Cole FL, Ramirez E. Activities and procedures performed by nurse practitioners in emergency care settings. *J Emerg Nurs* 2000 Oct; 26(5): 455-463.
9. Temporin M, Marcolongo A. Analisi del fabbisogno formativo del personale infermieristico dei servizi di urgenza-emergenza della Regione Veneto. *Ass Inf Ric* 1999; 18: 124-130.
10. Gunnels MD. National Research Agendas: why they matter to Emergency Nurses. *J Emerg Nurs* 2003; 29: 187-18.

## ABSTRACT

The aim of this article is to discuss the importance of research for the development of the nursing profession, focusing specifically on the development and contribution of Emergency Department Nurses.

A few examples of researches potentially relevant for the nursing profession are reported and briefly commented on, underlying the importance of the strict relationship between research, practice and education, and of the relevance of the research questions for the patients care and the improvement of practice.