

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA**

**FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI DIPLOMA UNIVERSITARIO**

**PER INFERMIERE**

**LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: FARE E  
PENSARE, SI INIZIA DALLA FORMAZIONE?**

**RELATORI:**

D.A.I. CAMPITELLI STEFANIA

D.A.I. ROVERE MARCELLO

**STUDENTE:**

**AVELLA ANTONIO**

**ANNO ACCADEMICO 1998/'99**

## **Ringraziamenti**

Ringrazio mio padre, mia madre, mia moglie, il D.A.I. Nicola Barbato, la Caposala Pina Carovillano, per avermi consentito con il loro aiuto, di sostenere l'impegno di questi tre anni di corso, per avermi aiutato a trovare le giuste motivazioni, per avermi sostenuto durante i momenti di difficoltà.

## **Dedica**

Dedico la tesi a mio figlio Francesco e a mia nipote Sharon, anche se per il momento non hanno nessuna intenzione di leggerla.

# INDICE

<b>Introduzione alla tesi .....</b>	<b>7</b>
-------------------------------------	----------

## **Capitolo 1**

### **FATTI DI CRONACA**

1.1- Scuola e attualità .....	11
1.2- Qualità e comunicazione. Commento di un articolo tratto da: “La Repubblica – mercoledì 20.8.1997 – cronaca di Roma pag. V” .....	13
1.3- Ascoltare l’altro. Commento di un articolo tratto dal: “Giornale di Ostia 9-10.2.1997 pag. 7” .....	16
1.4- Nursing e progresso. Commento di un articolo tratto da: “Corriere della sera 9.11.1998 pag. 20” .....	18
1.5- Miglioramento o degrado? Commento di un articolo tratto dal: “Messaggero di Roma 14.7.1999 pag. 30” .....	20

## **Capitolo 2**

### **DEFINIRE LA QUALITA’**

2.1-Premessa.....	24
2.2- La qualità è neutra .....	25
2.3- La qualità indica un pregio .....	27
2.4- Natura oggettiva e soggettiva della qualità .....	27
2.5- La qualità è un problema multifattoriale .....	31

2.6- Proviamo a definire la qualità dell'assistenza infermieristica .....	34
---	----

### **Capitolo 3**

#### **MISURARE LA QUALITA'. INDICATORI, STANDARD, CRITERI.**

3.1- Homo mensura .....	39
3.2- Cenni storici sul controllo di qualità .....	40
3.3- Il controllo di qualità in Nord America .....	42
3.4- Il controllo di qualità in Gran Bretagna .....	44
3.5- Il controllo di qualità in Italia .....	45
3.6- Fasi di un progetto di V.R.Q.A.I. ....	46
3.7- Costituzione di un gruppo di lavoro .....	47
3.8- Elaborazione del quadro di riferimento .....	51
3.9- Scelta dell'orientamento .....	54
3.10- Orientamento risorse .....	55
3.11- Orientamento processo .....	57
3.12- Orientamento risultati .....	59
3.13- Cenni sugli orientamenti misti .....	62
3.14- Indicatori sanitari .....	62
3.15- Standard .....	64
3.16- Criteri .....	67
3.17- Perché è importante la VRQ .....	72
3.18- Popolazione e campione .....	73

3.19- Raccolta dati .....	75
3.20- Analisi dei dati .....	77
3.21- Fase dei tests .....	80
3.22- Fase di esecuzione propriamente detta .....	81

## **Capitolo 4**

### **QUADRO LEGISLATIVO ITALIANO SUGLI STANDARD DI QUALITA' E SUI SISTEMI DI VRQ**

4.1- Figli della Costituzione .....	82
4.2- L. 833/78 .....	83
4.3- L. 730/83 .....	84
4.4- D.M. 13 settembre 1998 .....	85
4.5- D.P.R. 384/90 .....	85
4.6- D. Lgs. 502/92 testo aggiornato con le modifiche del D. Lgs. 517/93 .....	86
4.7- D.P.C.M. 27 gennaio 1994 .....	88
4.8- D.M. 31 marzo 1994 .....	91
4.9- D.P.C.M. 19 maggio 1995. Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari” .....	91

## **Capitolo 5**

### **PROPOSTA DI LAVORO: VALUTARE LA QUALITA' DELLA FORMAZIONE TECNICO-PRATICA DEGLI STUDENTI INFERMIERI NELLE SEDI DI TIROCINIO**

5.1- Fare e pensare si inizia dalla formazione? .....	96
5.2- Fasi di un progetto di ricerca .....	97
5.3- Valutare la qualità della formazione tecnico-pratica nelle sedi di tirocinio .....	98
<b>Conclusioni</b> .....	111
<b>Bibliografia</b> .....	112
<b>Riferimenti legislativi</b> .....	114

## INTRODUZIONE ALLA TESI

Quando ho cominciato questo corso, ero spinto da un'unica motivazione: prendere il diploma e trovare un lavoro più sicuro di quello che avevo. In quel periodo lavoravo come barista presso un locale di Ostia Lido. Nonostante questo locale fosse rinomato e stesse nella piazza più "in" del quartiere, la mia paga era veramente da fame.

La mia ragazza, anche lei infermiera, rimase incinta, e noi decidemmo che era giusto sposarci per stabilizzare la nostra condizione. Mi ricordo che nei primi tempi di frequentazione, lei mi ripeteva spesso che anch'io avrei fatto l'infermiere ma io le rispondevo che aveva qualche rotella fuori posto. Con il bambino "in viaggio" invece, siamo stati costretti a ridiscutere tutta la nostra situazione. Margherita mi parlava della sua professione con sincera passione, e mi convinse che i tre anni di corso costituivano un sacrificio sostenibile. Me ne andai da quel bar, dove lavoravo senza contratto, anche 12-13 ore al giorno per £ 40.000 die. Studiai per sostenere la selezione a TOR VERGATA e superai la stessa brillantemente. Da quel momento ho cominciato a sperimentare una realtà che è insieme triste e gioiosa.

Triste perché gli ospedali sono spesso fatiscenti, c'è carenza di infrastrutture, incuria dei malati, disorganizzazione all'ennesima

potenza. Non passava giorno di tirocinio, senza che avessi visto molti dei diritti di un malato venir calpestati o ignorati. Spesso nella mia mente associavo i vari turni degli infermieri “a diverse gang di teppisti” ed alcuni medici “ai loro boss dal colletto bianco”. Io mi sentivo abbandonato a me stesso e costretto a sopravvivere in un ambiente ostile, dal quale fuggire o essere sopraffatto. Fortunatamente lo spirito dell’uomo è grande, e grande è la sua capacità di adattarsi e di sopportare le avversità, così ho avuto il tempo di interiorizzare questa realtà, di rielaborarla, e di mettere in atto dei meccanismi di difesa, che mi hanno consentito di stare nell’ambiente sanitario concentrandomi su ciò che è essenziale: “la relazione di aiuto competente con il malato”. Non dico questo per presunzione, sono invece consapevole del fatto che, per essere competente e all’altezza, dovrò continuare a studiare e dovrò trovare di volta in volta le giuste motivazioni. Ho creduto che il mio personale adattamento ad un ambiente particolare come quello socio-sanitario, fosse il primo passo per poter affrontare argomenti ulteriori.

Quando ho dovuto pensare alla tesi, mi si è offerta l’occasione di approfondire le mie conoscenze e di dare un’espressione più razionale alla mia esperienza. Dopo alcuni giorni di riflessione, ho pensato che vi dovesse essere qualcosa che aggregasse tutti i componenti della società intorno al problema salute (clienti, parenti, operatori sanitari, istituzioni, etc.). Sono

consapevole del fatto che non esistano ricette miracolose o parole magiche ma, credo che discutere e lavorare per la qualità dell'assistenza infermieristica, possa contribuire al raggiungimento di alcuni obiettivi importanti, quali una maggior sicurezza del malato, una maggior fiducia dei cittadini verso l'ambiente sanitario, una maggior gratificazione degli operatori, un miglior grado di benessere e di salute dell'intera collettività. Ho descritto prima l'aspetto triste della mia personale esperienza di tirocinio, ma accanto ad esso, per chi lo vede e lo sa apprezzare, c'è anche l'aspetto lieto e positivo. Nonostante tutte le brutture, occorre saper cogliere la potenza della vita nei rapporti umani e nella dedizione professionale. Voglio anzi dire, che le mie critiche non sono un giudizio morale sulla categoria degli infermieri, ma è giusto criticare e denunciare tutte le situazioni in cui la salute e la dignità umana vengono messe a repentaglio da comportamenti irresponsabili.

Lavorare in équipe con professionisti seri, da grande energia e rende capaci di affrontare situazioni e di risolvere problemi che altrimenti ti affonderebbero in breve tempo. Anche instaurare un rapporto con i pazienti, diventare loro compagni di viaggio, costituisce un vero stimolo, per compiere il proprio dovere "quasi" con gioia.

Sono questi due aspetti, la presenza di colleghi su cui poter contare e il rapporto con i pazienti, i due capisaldi che consentono di avere dentro la luce che incoraggia ad andare avanti.

# CAPITOLO 1

## *FATTI DI CRONACA*

### *1.1 – Scuola e attualità*

Da circa due anni, ho preso l’iniziativa di ritagliare articoli di giornale riguardanti la sanità. Molti di questi articoli, che tuttora conservo, riguardano un aspetto particolare dell’assistenza sanitaria, che va sotto il nome di “malasanità”. Ritengo utile precisare che ho ritagliato e custodito anche articoli riguardanti eventi lieti della sanità, fra i quali i casi di generosità da parte del S.S.N. italiano in favore di profughi ed extracomunitari provenienti dalle zone economicamente depresse del pianeta, spesso martorate anche dalla guerra. Ma, fatta la dovuta precisazione, gli articoli riguardanti la “malasanità” sono necessari ed anche utili per il nostro scopo che è quello di promuovere una migliore qualità dell’assistenza. Un’ulteriore riflessione va fatta per dissipare eventuali equivoci sulle mie intenzioni nel presentare e ragionare su questi ritagli di giornale: è noto che accanto alla ricerca della verità e alla passione per il lavoro, alcuni giornalisti cavalchino l’onda delle notizie per catturare l’attenzione del pubblico, ma questo è il loro “mestiere”. Il nostro, il “mestiere” di noi che siamo interessati come operatori al mondo della sanità, è quello di riflettere sugli eventi. I giornalisti offrono un servizio

alla società molto importante, un servizio che è anche garante della libertà di pensiero e della democrazia. Noi operatori sanitari dobbiamo saper sfruttare ciò che ci viene offerto come materiale per una formazione permanente, per poter ragionare sul nostro mondo, senza aver timore di affrontarne le piaghe e le malattie. Proprio per questo motivo, mi è sembrato utile dedicare il primo capitolo ad una riflessione che prenda spunto dal materiale giornalistico, e sottolineare che la formazione dei tre anni di corso non deve esaurirsi in se stessa. Essa deve costituire invece, la base per poter affrontare con competenza i problemi che incontreremo nel mondo del lavoro. In altre parole, gli articoli di giornale possono essere considerati un punto d'unione fra la teoria e la pratica. Spesso questi due aspetti dell'assistenza infermieristica viaggiano su binari diversi come se fossero due personalità inconciliabili nella psiche di un unico individuo. Questa dicotomia crea in noi studenti ed in molti infermieri forti disillusioni, che conseguono il risultato di farci accettare la realtà, anche se non la riteniamo idonea ai valori che abbiamo interiorizzato. È in quest'ordine di idee che inserisco la mia iniziativa. Ritengo infatti, che la discussione sistematica dei fatti di cronaca, sia uno degli strumenti per tenere desta la coscienza degli studenti e degli infermieri, e che sia utile come sprone, per trovare nuove soluzioni.

*1.2 – Qualità e comunicazione. Commento di un articolo tratto da: “La Repubblica- mercoledì 20/08/1997- cronaca di Roma pag.V*

**1** *San Camillo, rotti i citofoni*

## **“Mio padre in rianimazione isolato dal mondo”**

*I citofoni mai attivati del San Camillo*

«**Q**UALCHE parola, un saluto almeno. Impossibile. Mio padre in Rianimazione al San Camillo non ha potuto ascoltare le nostre voci né noi la sua: i citofoni sono rotti». Loredana Fatati descrive il pellegrinaggio quotidiano verso il padiglione dell'ospedale sulla Gianicolense per vedere il padre Franco, 59 anni, ricoverato il 23 luglio scorso dopo la caduta da un'impalcatura. Nelle camere sterili — 12 posti letto in tutto — i parenti non possono entrare. Né possono essere introdotti telefonini o registratori che potrebbero disturbare i monitoraggi. Situazioni al limite della vita, a cui si aggiunge una beffa amara. I citofoni che fanno bella mostra dietro ciascuna camera sono inattivi. E, a memoria di infermieri, non hanno mai funzionato dall'inaugurazione del reparto ristrutturato, nel 1994.

«Grazie agli infermieri gli abbiamo fatto arrivare messaggi scritti ma è una sofferenza che si aggiunge alla sofferenza», dice Loredana Fatati. E sui vetri delle camere ci sono sbaffi di pennarello blu usati per scrivere «ciao», oppure pezzetti dimenticati di scotch utilizzati per appiccicare un biglietto.

Ed è una conquista doppia: il segnale che, lì dietro, c'è un paziente che è migliorato, che ha raggiunto lo stato vigile e anche che non si vuole soccombere all'idiozia burocratica. Quanto tempo occorre per collegare dei citofoni? Quanto può costare un cavo di trasmissione?

Loredana Fatati afferma di avere segnalato il paradosso alla direzione dell'azienda San Camillo-Forlanini.

Loredana F. racconta la sua esperienza nel mondo della sanità romana. Il padre Franco, 59 anni, cade il 23 luglio da un'impalcatura mentre sta lavorando. Viene ricoverato al S. Camillo nel reparto di rianimazione. Le camere sterili, i monitor, e accanto l'incomunicabilità. I dodici posti letto del reparto sono isolati dal resto del mondo. Dietro ciascuna cameretta c'è un citofono che dovrebbe permettere ai parenti di parlare con i loro cari, ma

a detta degli infermieri quei citofoni non funzionano dal '94. Ecco allora che la creatività e la rassegnazione italiane entrano in gioco: si scrive con i pennarelli, si attaccano foglietti con lo scotch per mandare messaggi, e quel vetro che separa diventa l'unico veicolo di comunicazione. Ma quanto tempo ci vuole per riparare dei citofoni? Quanti soldi occorrono per pagare un elettricista e collegare dei citofoni alla corrente? Da questo fatto di cronaca possiamo anche fare una riflessione più ampia. È esperienza comune che in molti ospedali gli infermieri tendono a valutare nel paziente i bisogni fisici trascurando molto spesso i bisogni di altre sfere dell'essere umano. I bisogni psichici, emotivi, relazionali e spirituali delle persone che usufruiscono dei servizi sanitari, sono spesso sacrificati per vari motivi. Uno di questi motivi è che tali bisogni sono un gradino al di sopra della sopravvivenza, e quindi la loro non soddisfazione, non conduce i pazienti alla morte. Altro motivo è che gli infermieri si giustificano dicendo di non avere tempo e di avere un carico di lavoro eccessivo per potersi occupare anche dei bisogni-problema che non siano strettamente necessari o "prescritti". Questo modo di operare indica un livello di arretratezza culturale ed un disinteresse per il miglioramento che investe tutti i livelli, da quello politico, a quello universitario, ai collegi IPASVI, alle ASL, alle aziende ospedaliere, etc. Si fa troppo poco per sensibilizzare il personale sanitario ai bisogni umani non strettamente fisiologici. Avete mai notato

che nelle camere degli ospedali non c'è niente che separi un letto da un altro? Che le persone sono costrette ad alimentarsi, ad eliminare, a soffrire insieme ad altre persone che non hanno mai conosciuto? Eppure quanto costerebbe mettere dei separè? Vuoi vedere che siamo riusciti ad atterrare sulla luna 30 anni fa, e che oggi non riusciamo a far evacuare in pace un cristiano? D'altro canto la vita è piena di contraddizioni, ed ai piedi dei grattacieli spesso dormono i reietti della società, e far chinare un grattacielo non sempre è la cosa più semplice. Nel caso di Franco F., si è trascurato in modo evidente il bisogno di comunicare, che pure è così intrinseco nell'essere umano. Se non si comunica per qualche giorno non si muore, ma se avessimo puntato solo alla sopravvivenza, non avremmo la musica, la scrittura, forse neanche la parola; non saremmo più umani, anzi non saremmo e basta. In ultima analisi, noi infermieri dobbiamo sempre ricordarci che il nostro compito è quello di prenderci cura della persona, ed ho fiducia che non saranno l'indifferenza e il disamore ad avere il predominio

### 1.3 – Ascoltare l'altro. Commento di un articolo tratto dal: "Giornale di Ostia 9-10/2/1997 pag.7

Giornale Ostia
OSTIA CRONACA
9-10 febbraio 1997
7

IL CASO Arturo Stefani, 63 anni, cameriere in un albergo di Ostia, è morto dopo un'allucinante serie di trasferimenti da un ospedale all'altro. Dal Grassi all'Israelitico, poi al Forlanini e infine al San Camillo, dove è avvenuto il decesso: mostrava i sintomi di una crisi asmatica, ma volevano persino dimmetterlo: "Lei non ha nulla..."

## Una drammatica, e inutile, odissea in corsia

*Il cadavere dell'uomo è adesso a disposizione per l'esame autopsico. I funerali domani mattina a Regina Pacis alle 10.30*

Per molti ore sbalordito, su un'ambulanza sempre a sirene spiegate, da un letto all'altro sono che nessuno riusciva a capire nulla della sua situazione clinica. Una drammatica odissea per questo ospedale romano. Arturo Stefani, 63 anni, è morto alle due di sabato mattina, nel reparto di Rianimazione del San Camillo, dopo che la mattina precedente, al Pronto Soccorso dell'ospedale di Ostia, dove l'uomo aveva chiesto di essere accolto, lo avevano dimesso perché "non aveva nulla". Adesso il cadavere si trova nella camera mortuaria del Forlanini in attesa dell'autopsia: le cause del decesso, infatti, sono ancora tutte da chiarire. La drammatica odissea dei fatti comincia giovedì sera, quando Arturo Stefani, cameriere presso l'Hotel Belvedere, sul lungomare del Lido, sposato, 63 anni, un figlio di 13, si fa accompagnare da un amico di famiglia, Anna Stefani, al pronto soccorso del Garibaldi-Fabrizi, per una presunta crisi asmatica. Sono circa tre settimane che l'uomo si tosse a sangue e tossisce in continuazione, tanto che sul letto porta una mascherina per filtrare l'aria. I medici resistono. Stefani, ricoverato sotto ossigeno per un paio d'ore, non dà segni di miglioramento. Ma la mattina successiva, al venerdì, il cameriere si sente nuovamente male: torna al Pronto Soccorso, stavolta accompagnato da un amico, Bello Astale, e chiede di essere ricoverato. I medici però lo rassicurano: "Sia tranquillo, lei ha solo una leggera tosse d'asma, torni a casa". Stefani si lascia convincere, ma proprio mentre per uscire dall'ambulanza, viene colto da una violentissima crisi: non riesce più a respira-

re, il volto diventa cianotico, la tosse è violentissima. A quel punto dal Grassi, vista la gravità della situazione, e la mancanza di posti disponibili, parte un'ambulanza che si recava a tutti gli ospedali di Roma. L'Israelitico è il primo ad accogliere la richiesta. Dopo una corsa in ambulanza a tutta velocità, alle 10.00 il cameriere si trova su un letto del reparto di Broncopneumologia. Ma le sue condizioni peggiorano, tanto da rendere necessario, verso la mezzanotte, un altro trasferimento, questa volta al più attrezzato Forlanini. L'ospedale dove la gestione Thoracitica assiste le emergenze. Al suo tragico a sirene spiegate, Stefani resta al Pronto Soccorso soltanto per quindici minuti, il tempo necessario ai medici di decidere un ulteriore trasporto al San Camillo. Intanto si è fatta l'una. Le condizioni dell'uomo sembrano essere migliorate. "Mi sento bene", trova la forza di mormorare il cameriere ai familiari che lo hanno seguito durante tutti gli spostamenti. Gli viene data anche una fiamma, ma quando la barella esce dal reparto di Radiologia del San Camillo, l'uomo è colto da un'altra crisi, ancora forte e respiro difficile, e quindi portato in Rianimazione. Un quarto d'ora dopo Arturo Stefani muore. "Il medico che ci ha comunicato la notizia racconta che l'uomo, come Bello Astale, ci ha anche detto che il cadavere sarebbe rimasto al San Camillo a disposizione per l'esame autopsico. Per capire le cause del decesso". I funerali si terranno domenica alle 10 e 30 a Regina Pacis.




In questo articolo di giornale abbiamo di fronte ai nostri occhi uno spaccato del mondo sanitario romano così come ha voluto presentarcelo il giornalista. La storia comincia giovedì sera quando il signor Arturo S. di 63 anni, cameriere l'Hotel Belvedere sul lungomare di Ostia, si presenta al pronto soccorso del G.B. Grassi per difficoltà respiratorie. I medici lo visitano, lo sottopongono ad ossigenoterapia per circa due ore, poi lo

16

dimettono. Il giorno seguente il signor Arturo S. accusa un nuovo malessere ed accompagnato da un amico, il signor Italo A., torna al P.S. del G.B. Grassi. Chiede di essere ricoverato ma i medici lo rassicurano dicendogli che ha solo una leggera forma d'asma. Mentre si reca verso l'uscita de P.S., il signor S. accusa un violento malessere e il volto gli diventa cianotico. Al G.B. Grassi non c'è disponibilità di posti letto, parte così la ricerca via fax. L'Israelitico conferma la disponibilità di un posto e verso le h 16:00 S. giunge in questo ospedale nel reparto di broncopneumologia. Le sue condizioni però peggiorano; verso la mezzanotte si rende necessario il trasferimento al più attrezzato Forlanini. Qui il P.S. decide di inviarlo al S. Camillo dove gli viene fatta una radiografia del torace. All'uscita della radiologia S. viene colto da un nuovo violento attacco d'asma; viene trasportato in rianimazione dove muore dopo un quarto d'ora. Noi non abbiamo sufficienti dati per giudicare le responsabilità personali dei medici e degli infermieri che hanno assistito il signor Arturo, né questo è il nostro scopo. Dobbiamo invece porci alcune domande: gli interventi sanitari ricevuti furono di buona o di cattiva qualità? Il signor Arturo S. ha ricevuto la miglior assistenza possibile? Ed infine, la miglior assistenza possibile, avrebbe potuto salvargli la vita? Anche a queste domande non darò risposte. Ciò che ritengo importante per

il momento, è evidenziare che una maggiore attenzione alla qualità dei propri atti assistenziali, sia una questione di fondamentale importanza.

#### **1.4 – Nursing e progresso. Commento di un articolo tratto dal: “Corriere della sera 9/11/1998 pag. 20”**



Questo articolo di giornale sembra piuttosto il brano di un libro o la sintesi del copione di un film di fantascienza, e invece descrive la realtà. L'ingegneria genetica ha aperto frontiere e scenari che sono al tempo stesso affascinanti ed orrendi. E' il fascino-terrore che si prova di fronte all'ignoto. Al Roslin Institute di Edimburgo, quello della clonazione della

pecora Dolly, tanto per esser chiari, pensano di poter clonare un essere umano coltivandolo fino alla cosiddetta fase blastocistica, per poi impedirne lo sviluppo. Conservando adeguatamente il clone, si pensa di poterlo utilizzare per generare organi di ricambio per i soggetti clonati, eludendo così i gravi problemi di rigetto connessi con i trapianti di organi eterologhi. Il Roselin Institute vorrebbe avviare le ricerche tramite una “joint venture” con l’università del Winsconsin dov’è stata annunciata la scoperta di una tecnica per lo sviluppo di organi a partire da cellule embrionarie. A tali spinte si oppone il mondo cattolico ed una parte del mondo scientifico. Anche in questo caso di discussione bioetica, il concetto di qualità dell’assistenza è centrale. I due opposti modi di pensare, riflettono due modi diversi di concepire la qualità: da un lato, i ricercatori pensano di offrire nuove opportunità ai malati, migliorando, in caso di successo, la qualità della loro vita; dall’altro, chi si oppone, pensa che vi sia un uso indebito ed immorale delle cellule embrionarie, che non può giustificare una mentalità della salute a tutti i costi, e pensa che clonare un individuo per renderlo una fabbrica d’organi, renda l’uomo strumento dell’assistenza sanitaria e non più suo fine, facendo in questo modo, cadere la qualità dell’assistenza verso il basso. Il mio compito non è quello di schierarmi, ma quello di far notare che la definizione di “assistenza di buona qualità” può essere diversa rispetto a certe variabili: obiettivi, attese,

punti di vista, culture di provenienza, e che molto spesso non è facile stabilire cosa porti ad un miglioramento della qualità e cosa porti ad un suo peggioramento. Un altro elemento che vorrei evidenziare, è l'esigenza ormai inevitabile per noi infermieri, di rimanere aggiornati e di tenere il passo con le nuove tecnologie. Solo grazie alle conoscenze possiamo garantire un'assistenza infermieristica di buona qualità.



Questa estate il Policlinico Umberto I è entrato nel mirino di tutti gli addetti all'informazione. Diversi sono gli scandali che hanno investito in questi ultimi anni l'ospedale più grande d'Europa. Ricordiamo lo scandalo delle infezioni nel reparto di oculistica, lo scandalo delle pessime condizioni igieniche dei sotterranei, la chiusura di sale operatorie, del pronto soccorso ed infine questa estate, l'epidemia di enterite necrotizzante nel reparto di ostetricia che ha colpito 14 bambini. Il Direttore Sanitario del Policlinico Stefano Concetti, ha annunciato che una delle bambine infettate si era improvvisamente aggravata. In nottata, secondo un bollettino medico, ha avuto episodi di apnea recidivanti: cioè, insufficienza respiratoria. Da ieri mattina la piccola è stata trasferita dal nido al reparto di terapia intensiva, cautelativamente. L'Amministratore Straordinario Riccardo Fatarella, assicura che la neonata non corre pericolo di vita, ma ciò non basta a lenire la forte preoccupazione dei genitori. Da ieri Fatarella ha costituito un gruppo tecnico interno per isolare il batterio o il virus che ha provocato l'epidemia tra i neonati. Contemporaneamente anche i 5 periti nominati dalla Procura stanno indagando sulle cause dell'infezione. Ostetriche, infermieri e ausiliari rifiutano qualsiasi responsabilità sulle infezioni ai neonati. In un'assemblea hanno ribadito di aver sempre lavorato con la massima attenzione e che le cause devono essere ricercate nella struttura logistica.

Anche in questo caso non verrà espresso nessun giudizio, ma la questione posta in evidenza dai giornali costituisce un ulteriore spunto di riflessione. E' vero, nel nostro lavoro gli errori si ripercuotono sulla salute dei clienti e nessuno è esente da errori. Ma nei nostri ospedali quanta attenzione viene posta agli standard di qualità? Il personale sanitario è stato formato ed informato per il perseguimento di tali standard? Esiste negli ospedali e nelle unità operative una programmazione sistematica di standard di qualità che vengono poi comunicati a tutti i membri dell'équipe? Esiste un monitoraggio continuo sul raggiungimento o meno di tali standard? Il personale è coinvolto nel processo di miglioramento continuo della qualità? Gli infermieri lavorano secondo il processo di nursing? Usano la cartella infermieristica? Conoscono i loro pazienti? Nutro seri dubbi riguardo a tali quesiti. La mia esperienza diretta nei vari reparti ospedalieri del S. Eugenio, del G.B. Grassi di Ostia, dell'Aurelia Hospital, dell'I.R.C.C.S. S. Lucia, del S. Giovanni – Addolorata, dello Spallanzani, mi fanno giungere a non rosee conclusioni. L'assistenza sanitaria, e per quanto ci riguarda quella infermieristica, non subisce alcun tipo di programmazione sistematica, e se ciò avviene, il flusso di informazioni giunge raramente agli infermieri. L'assistenza infermieristica viene svolta secondo una routine che sembra provenire più da una tradizione orale che da studi scientifici. Spesso poi, viene lasciata in balia del caso o degli altalenanti

umori degli infermieri. L'atmosfera che ho respirato in questi anni aveva alte percentuali di arretratezza, di degrado, di incuria verso i malati e verso le strutture sanitarie. Soltanto il grande amore e la grande passione di alcuni professionisti impediscono che questa atmosfera diventi letale. Ma come ho già accennato nell'introduzione, persone che non siano in grado di sviluppare sufficienti e adeguate difese psicologiche rischiano ogni giorno di essere degradati dall'ambiente in cui vivono e di contribuire a loro volta ad abbassare la qualità dell'assistenza. Il nostro scopo, è quello di contribuire a creare un ambiente in cui anche la persona normale possa svolgere la sua professione. Il programma di miglioramento della qualità, introdotto a tutti i livelli della sanità, con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori, è un incredibile leva vantaggiosa, per arrestare l'inerzia passiva con cui viaggia questo sistema.

Commentando questi articoli di giornale, abbiamo visto quali possono essere le conseguenze di una scarsa attenzione verso la qualità dell'assistenza. Non abbiamo dato alcuna definizione di qualità, né abbiamo accennato a quali siano i metodi per misurarne il livello. Questi saranno gli argomenti dei prossimi due capitoli.

## CAPITOLO 2

### *DEFINIRE LA QUALITÀ*

#### *2.1 -Premessa*

Ho potuto constatare, leggendo i vari testi a mia disposizione, che tutti gli autori si sono posti il problema di dare una **definizione** a questo concetto di cui tutti afferriamo intuitivamente il senso, ma a cui pochi saprebbero dare una definizione esauriente. A tal scopo, mi sono posto l'obiettivo di giungere gradualmente al significato di qualità più idoneo nel campo dell'assistenza infermieristica. Come prima ricerca ho consultato il mio dizionario di lingua italiana. Su di esso ho potuto trovare un'ampia e soddisfacente definizione di questo termine: "Gli elementi o l'insieme degli elementi che determinano la natura, il modo di essere di una persona, di una cosa, di un prodotto. In questa accezione la voce è neutra e le qualità possono essere buone o cattive, ottime o pessime ... ma usata in assoluto la voce indica un pregio, un aspetto positivo ... Tutta la filosofia antica discusse sul numero e sulla natura delle qualità; la filosofia moderna si pose invece il problema della oggettività o soggettività delle qualità, della loro reale esistenza nei cosiddetti oggetti o sulla loro natura soggettiva, cioè dipendente dal soggetto conoscente. Caduti questi problemi, è rimasto alla

voce qualità un significato generico ed amplissimo, e tuttavia di uso spesso determinante” (5)

Grazie ai concetti sopra esposti ho trovato diversi spunti di riflessione che saranno oggetto dei paragrafi successivi.

## ***2.2 - La qualità è neutra.***

Nella prima parte della definizione, il vocabolario afferma che questa voce ha una valenza neutra, non specificando se si tratti di una qualità buona o cattiva. Durante la definizione degli standard, degli indicatori, del metodo di valutazione, durante la raccolta dei dati, durante la rielaborazione e l'interpretazione dei dati, la qualità è uno strumento di ricerca della verità, e dunque non può sbilanciarsi in partenza né per un valore positivo né per un valore negativo, pena la non validità dei risultati ottenuti. Va anche aggiunto alla definizione del vocabolario, così come fanno molti autori, che la qualità non è una pellicola in bianco e nero, cioè essa non può essere solo buona o cattiva, ottima o pessima. Ogni qual volta un individuo è chiamato ad esprimere un giudizio di qualità su una serie di cose, di azioni, di persone o di prodotti, egli adopererà una gamma di aggettivi che ricoprono con gradualità lo spazio esistente fra i due estremi eccellente-pessimo. Questa gamma di aggettivi non esprime altro che i vari livelli di qualità che la persona, l'oggetto o il prodotto hanno raggiunto secondo il

giudizio di quell'individuo. Per i nostri scopi questo è molto importante. Se da un lato l'obiettivo dei sistemi di **VRQ** (ovvero: verifica e revisione della qualità), è il miglioramento continuo della qualità, dall'altro bisogna sempre tener conto delle ristrettezze delle risorse economiche ed umane. Avere perciò una conoscenza più dettagliata della realtà assistenziale, con una gamma di giudizi più ampia sui livelli di qualità, ci permette di fare interventi più mirati, e quindi più efficienti (con minor spreco) ed efficaci (con risultati migliori). Il compito che noi ci prefiggiamo durante la trattazione, è quello di capire quanto sia importante valutare la qualità per poter giungere a dei giudizi di valore sull'assistenza infermieristica che stiamo erogando. Uno dei motivi, per cui da molte parti si fa pressione affinché i sistemi di verifica e revisione continua della qualità, diventino operativi in modo sistematico su tutto il territorio, è quello di avere a disposizione un numero sufficiente di dati, per poterci esprimere in modo oggettivo quando parliamo di qualità. In questo senso noi diciamo che la qualità deve avere anche un valore "neutro". In conclusione di questo paragrafo possiamo dire che: come strumento scientifico, la valutazione della qualità deve avere un valore oggettivo e quindi "neutro". Inoltre, la valutazione della qualità, deve rappresentare in modo dettagliato e specifico la realtà che vuole giudicare, per poter ottenere dei risultati validi.

### ***2.3 La qualità indica un pregio.***

Nella definizione del dizionario si legge: “usata in senso assoluto, questa voce indica un pregio, un aspetto positivo”. Le parole non hanno soltanto una valenza tecnica e letterale. Esse sono in grado di suscitare in noi stati d’animo, emozioni, sentimenti. Le parole penetrano nella nostra mente con la scusa di un significato e una volta dentro sollecitano lo spirito. Quando uno studente si sente dire di aver svolto un lavoro di qualità, la sua soddisfazione e la sua gioia si notano anche da lontano ed egli diventa più disponibile e comprensivo nei confronti delle persone che lo circondano. Quando un infermiere riceve un riconoscimento per aver svolto un lavoro di qualità, la sua autostima cresce, cresce la sua voglia di lavorare, ed anche il suo rapporto con i malati diventa migliore. Allo stesso modo, se un malato riconosce che le cure prestate sono di qualità, si sente più sereno, le sue relazioni con gli operatori sanitari si distendono, a tutto vantaggio del processo di guarigione. E’ proprio vero, la parola qualità crea in noi grandi aspettative, ed usata in senso assoluto, esprime un valore positivo.

### ***2.4 – Natura oggettiva e soggettiva della qualità.***

Sempre facendo riferimento alla definizione di qualità del dizionario, si può leggere: “la filosofia moderna si pose invece il problema della oggettività o soggettività della qualità”. Io non ho la capacità di fare digressioni di natura

filosofica, ma posso ravvisare in questa dicotomia, soggettivo-oggettivo, un problema che è di attualità. “Fino a non molto tempo fa i pazienti venivano considerati esterni al processo di erogazione dell’assistenza...devono essere il medico ed il personale sanitario a decidere, perché il paziente non ha le conoscenze per valutare le alternative o le possibili scelte” (2). In altre parole il cliente non è in grado di stabilire il grado di qualità dell’assistenza che gli viene erogata. Nel mondo industriale è noto da tempo quanto sia importante conoscere il giudizio del consumatore nei confronti di un determinato prodotto. Nel caso delle prestazioni sanitarie dunque, i soggetti giudicanti devono essere almeno due: chi eroga, chi riceve. Thomas et al. pensano che l’analisi della qualità percepita abbia una notevole importanza. Chi riceve le nostre prestazioni è infatti fulcro e terminale di tutti i nostri sforzi. Un medico può prescrivere ad un paziente le migliori medicine per quel caso clinico (giudizio oggettivo), senza curarsi del fatto che il paziente non ha sufficienti mezzi economici per acquistarle, oppure vive da solo, e non è autosufficiente nella gestione della terapia (giudizio soggettivo). Dal punto di vista del medico egli ha fornito una prestazione di buona qualità (le migliori medicine). Dal punto di vista del paziente l’assistenza ricevuta è perlomeno distratta (non ha tenuto conto delle difficoltà per eseguire la terapia prescritta). Due infermieri che eseguono un bagno ad un paziente allettato, detergendolo, massaggiandolo e asciugandolo, possono pensare di

aver fornito una prestazione di alta qualità, potendone anche addurre le motivazioni : hanno garantito l'igiene personale, hanno rivitalizzato la circolazione periferica, prevenuto lesioni da decubito, migliorato il benessere psicofisico del cliente. Si ipotizzi ora di chiedere al paziente come giudicherebbe tutte queste operazioni svolte sul suo corpo. Egli potrebbe avere sensazioni di sollievo, di freschezza, una migliore percezione di sé, ma potrebbe nello stesso tempo lamentarsi di alcuni aspetti dell'assistenza ricevuta. Potrebbe non aver gradito la mancanza di privacy, ed aver sofferto psicologicamente, per aver mostrato ai compagni di stanza le sue nudità, senza averne alcun desiderio. Potrebbe aver sofferto della mancanza di dialogo con gli infermieri, i quali gli hanno rivolto poche e distratte parole. Egli potrebbe riferire di essersi sentito maneggiare come un oggetto, di aver sentito degli estranei irrompere nel suo spazio vitale, di aver percepito tutto l'intervento come una "tortura", sebbene necessaria. Il confronto fra i due giudizi non dà luogo ad una giustapposizione, nonostante i due soggetti si siano espressi sullo stesso atto. Ciò dimostra, come per altro già noto, che una stessa azione viene ricordata in modo diverso da ciascun testimone, poiché ognuno tende ad esaltare e a trattenere in memoria alcuni particolari piuttosto che altri. Ammesso che ogni testimone dica la verità, la migliore ricostruzione del fatto sarà quella che tiene conto del maggior numero di elementi possibili, alcuni collimanti fra

loro, altri diversi, a seconda del testimone che li racconta. Con questo esempio, voglio solo evidenziare il fatto che una valutazione della qualità è più corretta e completa se tiene conto anche dal punto di vista del paziente. Thomas et al. hanno ritenuto importante individuare le aree di maggiore interesse dei pazienti riguardo l'assistenza infermieristica ricevuta, per costruire uno strumento di valutazione della soddisfazione del paziente. Intervistando 97 pazienti questi studiosi hanno individuato 11 aree :

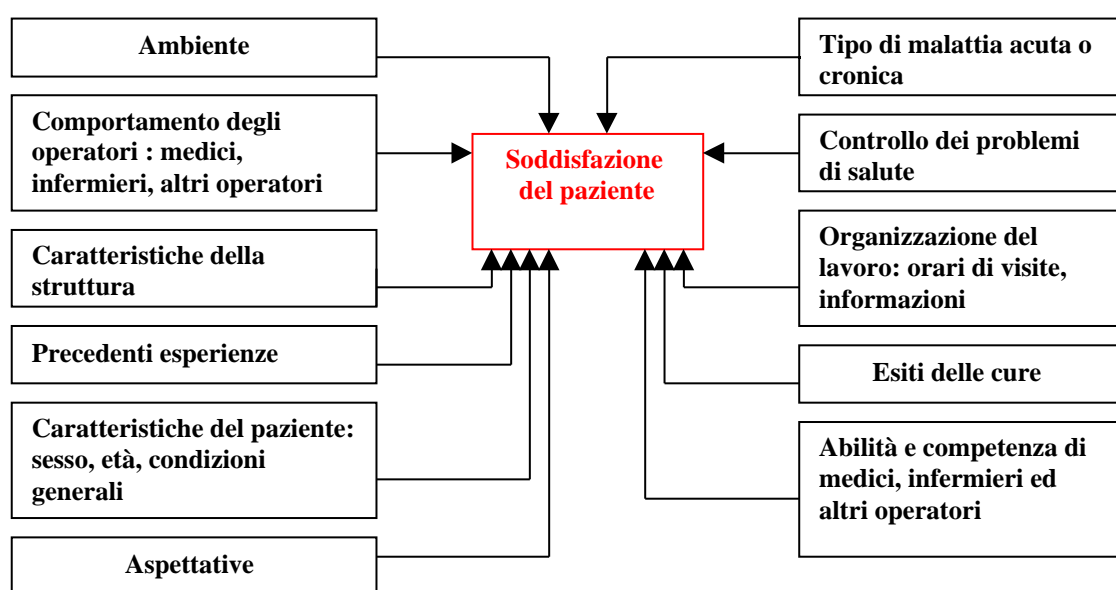


Fig.1 (2 )

Come si può osservare si tratta prevalentemente di aspetti interpersonali dell'assistenza. Fra infermieri e pazienti non c'è una contrapposizione nel definire la qualità dell'assistenza ma soltanto due visioni diverse che possono completarsi l'un l'altra.

## 2.5 – *La qualità è un problema multifattoriale*

Nel paragrafo precedente abbiamo individuato due soggetti che sono sicuramente interessati alla qualità dell'assistenza : i clienti e i professionisti.

Il cliente è sicuramente interessato, poiché dalla qualità delle prestazioni dipende la sua salute. Egli è di fatto il consumatore finale per tutti coloro che sono membri del team sanitario, che lavorano insieme per fornire un servizio di qualità. E' importante ricordare che all'interno di un team, ciascun singolo operatore può essere un cliente degli altri membri. Per esempio, quando un infermiere fascia una ferita, utilizza i prodotti della centrale di sterilizzazione ed è perciò un suo cliente. La qualità della centrale di sterilizzazione inciderà quindi sulla qualità dell'assistenza al cliente, la cui ferita viene fasciata; il cliente sarebbe a rischio di infezione se la fascia non fosse sterile. Da questo esempio possiamo dedurre che, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la qualità implica una interrelazione tra numerosi gruppi di professionisti e la collettività. Ecco un'immagine semplificata di questi rapporti :

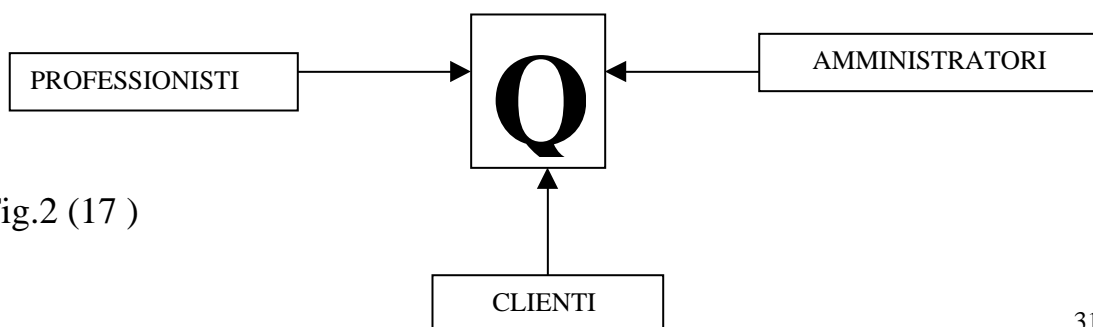


Fig.2 (17 )

La qualità è considerata il focus centrale dell'attenzione per i professionisti, gli amministratori e i clienti. La società influenza largamente i rapporti fra i gruppi. C'è una vasta gamma di soggetti, che direttamente o indirettamente sono in rapporto con il cliente e possono influenzare la qualità dell'assistenza: ad esempio, i professionisti che forniscono l'assistenza (infermieri, medici etc. ), coloro il cui lavoro è essenziale nella fornitura di un servizio globale della qualità come i fornitori, gli addetti alle pulizie, gli ausiliari, lo staff impiegatizio e amministrativo. Se vi aggiungiamo la famiglia, le associazioni dei consumatori (es.CO.DI.CI. ovvero: comitato per i diritti del cittadino), i vari di livelli politici, i mass media, potremmo avere un'idea sulla vastità e complessità della rete che incide sulla qualità della cura di un cliente. Il diagramma della Fig.3, mostra alcuni degli individui e gruppi che hanno interesse nel raggiungimento di un servizio di qualità. Da quanto sin qui esposto, si evince come l'intera società abbia un forte interesse ad usufruire di un servizio sanitario di alta qualità, che garantisca a tutti i cittadini, la tutela della salute come sancito nell'art.32 della Costituzione Italiana. Possiamo dire allora, che la qualità interessa tutti, e che deve essere un obiettivo perseguito sia dai governi, sia dalle associazioni dei professionisti, sia dai consumatori.



Fig.3 (17)

In Italia si denuncia un netto ritardo in questo campo, rispetto agli altri paesi industrializzati, soprattutto quelli anglosassoni, dove il controllo di qualità è ormai prassi comune. Credo pertanto, che oltre all'intervento legislativo, che pure è stato fatto con il D.Lgs.502/92 e con il D.Lgs.517/93, il cambiamento principale debba essere di tipo culturale. I professionisti della salute, devono capire che i sistemi di VRQ non hanno mai l'obiettivo di punire chi ha commesso degli errori, bensì quello di evidenziare problemi e carenze che impediscono al professionista stesso di

esprimersi in modo ottimale, inducendolo ad operare con metodi arretrati o a commettere errori grossolani. I consumatori dei servizi sanitari hanno ormai affinato una crescente sensibilità ed una maggiore esigenza di qualità nei confronti dei prodotti consumati, non riscontrando le stesse intenzioni e la stessa sensibilità da parte di chi eroga (i professionisti) e di chi gestisce (governo, regioni, direttori generali etc.). Ciò facilita quell'idea secondo la quale i vari soggetti : chi usufruisce, chi eroga, chi amministra, siano nettamente separati, e giochino ruoli diversi in partite diverse. In altri paesi, invece, hanno compreso non solo in modo ideale, ma anche in modo concreto, che la sanità è al servizio di tutti e che la malattia non fa preferenze.

## ***2.6 – Proviamo a definire la qualità dell'assistenza infermieristica***

Il libro (17 ), a cui ho fatto riferimento anche nel paragrafo precedente, è un testo interattivo, in cui gli autori ci invitano a formulare le definizioni di alcuni termini e di valutare le stesse, con punteggi che vanno da 1 a 5, prima di aver letto le loro digressioni in materia. Tra le definizioni da formulare c'era il termine: "qualità". Questa fu la mia definizione: "ciò che distingue in senso positivo o negativo un oggetto o un'azione. Carattere positivo o negativo di un sentimento, di una relazione umana; anche la vita e la morte sono suscettibili di valutazioni in base a criteri di qualità. Nello

specifico della mia professione la qualità è una caratteristica dell'assistenza erogata. In ultima analisi la qualità può essere eccellente, ottima, buona, discreta, sufficiente, mediocre, scarsa, pessima, con tutta una serie di connotazioni e di altri aggettivi che possano far meglio capire il giudizio che si voleva dare". La mia autovalutazione si esprime con un punteggio di 4, perché mi sembrava di aver colto il significato essenziale del termine. In seguito mi accorsi che la mia definizione combaciava in molti punti anche con quella scritta sul dizionario (5), di cui ho parlato nel paragrafo 2.1. Gli autori Wright C.C. e Whittington D., specificano alcuni concetti molto importanti per la comprensione del termine che abbiamo messo al centro di questa tesi. Essi affermano: "... dovreste ora comprendere che la qualità è un concetto complesso. Dato uno specifico bisogno di assistenza è possibile elencare i caratteri che descrivono la qualità ed elencare le attività che sono importanti per la qualità dell'assistenza. Un punto di vista sulla qualità è quello di soddisfare questo specifico bisogno a costi accettabili. La soddisfazione del bisogno viene giudicata attraverso predeterminati standard di qualità. Gli standard specificano che cosa è importante raggiungere e i livelli che si richiede di raggiungere" (17 ). A questo punto gli autori chiedono al lettore di scrivere una seconda definizione di qualità, di confrontarla con la prima ed infine di confrontarle ambedue con la definizione espressa nel glossario del loro testo. Avendo assunto nuove

conoscenze ed avvalendomi della lettura di un nuovo testo esprimenti questa nuova definizione di qualità: “la qualità è un concetto complesso. Per esprimere un giudizio di qualità dobbiamo stabilire quali siano i criteri per valutarla e quali siano gli standard con i quali vogliamo confrontare i risultati ottenuti con la valutazione. Nel caso dell’assistenza infermieristica sono molti i soggetti che influenzano la qualità: medici, infermieri, staff dirigenziale, Ministero della Sanità, clienti, parenti, portanti, fisioterapisti, logoterapisti e altri. La qualità può essere definita quindi come il focus degli interessi e dei bisogni di tutti i soggetti che ruotano intorno all’erogazione dell’assistenza sanitaria. La qualità dell’assistenza infermieristica è interesse di tutti.”. Mi sembra ora opportuno confrontare la mia definizione di qualità con quella del glossario di questo testo ed anche con altre:

- \* Livello o standard di eccellenza; una caratteristica o attributo distintivo. Nel sistema sanitario include aspetti come accessibilità, pertinenza, efficacia, efficienza, equità, economia e accettabilità sociale;
- la totalità degli aspetti delle caratteristiche di un prodotto o servizio che hanno rapporto con la sua capacità di soddisfare un dato bisogno; (17)
- un livello di eccellenza identificato da uno standard concordato e che riflette obiettivi ottenibili e desiderabili basati sui valori di coloro che hanno fissato lo standard; (17)

- un prodotto ha una buona qualità se soddisfa gli standard che sono stati fissati prima dello svolgimento della valutazione (17)
  - la qualità consiste nell'aderenza agli standard e ai criteri che sono basati sulle attuali conoscenze e sulla buona esperienza (17).
  - Grado più o meno elevato in una scala di valori pratici; può essere definito secondo la comparazione con norme stabilite in funzione sia di ciò che è raccomandato, sia di ciò che è considerato come perfezione.
- Qualità dell'assistenza infermieristica o QAI: contributo della professione infermieristica alla salute e al benessere degli individui e delle popolazioni. (8)
- La definizione di “assistenza di buona qualità” può variare rispetto a:
    - problemi** (acuti, cronici, occasionali, ricorrenti); **situazioni** (routine, urgenza, emergenza); **attese** (di efficienza, gentilezza, coinvolgimento o delega); **destinatari** (anziani, giovani, ricoverati o pazienti ambulatoriali, in ospedale o a domicilio); **punti di vista** (paziente, parente, infermiere, medico, amministratore.). (2 )
  - L'OMS afferma: “La valutazione della qualità dell'assistenza tende a far sì che ogni paziente riceva l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che portano i migliori risultati in termini di salute, tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche con il minor costo possibile e di minori rischi iatrogeni, ottenendo così la soddisfazione rispetto agli

interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario.”

- Donabedian afferma: “Il livello di salute più elevato possibile ottenibile con mezzi più desiderabili utilizzabili allo scopo.”

## CAPITOLO 3

### *MISURARE LA QUALITA'*

#### *3.1 Homo mensura*

L'era moderna si differenzia da quelle passate per una capacità che l'uomo ha acquisito durante i secoli di storia: la capacità di misurare. Nelle civiltà antiche venivano misurate solo poche grandezze, come le distanze, gli abitanti di una città e poche altre cose. Oggi ognuno di noi, ha la precisa idea che nei paesi più sviluppati vi sia una maggior capacità di organizzare la vita della collettività, di far funzionare in modo efficace ( raggiungendo gli obiettivi prefissati ) ed efficiente ( riducendo gli sprechi ) i vari apparati e le varie istituzioni che determinano la vita di una nazione. Ebbene, al di là di considerazioni ideologiche e politiche, gli stati più avanzati hanno conseguito un maggior grado di sviluppo e di benessere, anche perché hanno saputo “misurare” i fenomeni che erano chiamati a gestire. Misurando un fenomeno infatti, si può avere una più netta e dettagliata conoscenza di esso. Misurando, si può ottenere una maggiore mole di dati da studiare. I dati a loro volta ci consentono di confrontare fenomeni diversi, oppure di confrontare lo stesso fenomeno in diversi Paesi. La capacità di misurare un fenomeno e di confrontare dei dati, ci permette infine di stabilire quali attività producono risultati migliori e quali invece,

producono risultati scadenti. Questa conoscenza più precisa dei fenomeni, la conoscenza derivante cioè dalla misurazione degli stessi, permette a chi ne ha le competenze e la “volontà” di intervenire, modificare e migliorare in modo più incisivo la realtà. In questa tesi il fenomeno che vogliamo conoscere ed imparare a misurare è la qualità dell’assistenza infermieristica.

### ***3.2 - Cenni storici sul controllo di qualità***

Singoli professionisti da Ippocrate a Florence Nightingale hanno registrato le loro osservazioni sulla cattiva qualità dell’assistenza e fatto raccomandazioni per un miglioramento. I primi sistemi formali per il controllo della qualità dell’assistenza tuttavia, si sono sviluppati insieme alla graduale professionalizzazione della medicina, del nursing e delle altre professioni sanitarie. Si può dire, nel senso più ampio, che l’uomo abbia cercato di valutare l’assistenza sanitaria, dal momento in cui ha cominciato a discriminare tra i trattamenti utilizzati nelle differenti condizioni patologiche. I primissimi tentativi di valutazione, consistevano principalmente nel contare gli eventi sanitari e nel descrivere le misure prese per prevenire le malattie. Malattie facilmente riconoscibili come la peste e la lebbra, furono discusse e comprese molto bene sin dal Medioevo; furono introdotte misure, pianificate in modo logico, per prevenire o ridurre

al minimo le epidemie e fu documentato inoltre il successo o l'insuccesso di queste misure. Fu soltanto nel XIX secolo, tuttavia, che si sviluppò la raccolta e l'analisi dei dati quantitativi della popolazione. La spinta iniziale fu di tipo politico: la raccolta dei dati soddisfaceva l'esigenza degli stati moderni di governare le loro popolazioni sempre più in espansione, e le informazioni, quindi, venivano raccolte per scopi amministrativi, come per esempio quello di riscuotere le tasse. Con l'avvento dei servizi sanitari pubblici, furono utilizzati dati demografici e studi sulla popolazione per quantizzare la dimensione di problemi sanitari come l'alcolismo, le epidemie, la demenza, le nascite e la mortalità infantile. Per poter rispondere a questi problemi e ad altri simili, ci fu bisogno di sempre più validi e attendibili metodi di valutazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria, di cui l'assistenza infermieristica è una branca. Il controllo di qualità nasce intorno agli anni '30 negli USA, nel settore industriale. Riceve un nuovo impulso durante la II guerra mondiale per le forniture belliche. Il boom economico Giapponese degli anni '80 indusse l'industria Americana a rivedere la qualità dei suoi prodotti (ritiro di 7 milioni di automobili). Quando si tentò di applicare i sistemi di controllo industriali nel mondo sanitario si incontrarono, inizialmente almeno, molte difficoltà. Il personale sanitario è composto prevalentemente da professionisti con un elevato grado di autonomia e responsabilità e dunque, è più difficilmente

controllabile rispetto al personale di un'industria dato che, in questo settore, c'è un elevato numero di diverse professioni. Nell'ambiente sanitario i sistemi di quality control non hanno mai funzionato. Durante gli anni '70 si inizia allora a sperimentare, soprattutto nei Paesi anglosassoni, la Quality Assessment. Questo sistema può essere considerato una specie di supervisione. Essa presenta ancora dei limiti rispetto ai sistemi attuali, poiché è un controllo da fuori, effettuato da professionisti rinomati, e non da pari. Il suo pregio è quello di essere un controllo non contro, ma con gli operatori. Negli anni '80 si passa alla Quality Assurance che si può identificare con la V.R.Q. Questo sistema, rispetto al Quality Assessment, presenta il vantaggio di essere un controllo da dentro, effettuato dal gruppo di pari, insieme agli operatori. Dalla Quality Assurance nasce il concetto di miglioramento continuo della qualità, che alle caratteristiche della Quality Assurance aggiunge l'aspetto multiprofessionale della valutazione.

### ***3.3 - Il controllo di qualità in Nord America***

Fu, come già accennato, il mondo industriale a porsi per primo il problema di controllare la qualità dei suoi prodotti. Verso gli anni '30, le industrie del Canada e degli U.S.A. cominciarono a promuovere i primi controlli sulla loro produzione. Questi controlli si intensificarono durante la II guerra mondiale sui prodotti bellici, dalla cui affidabilità dipendeva l'esito del

conflitto. Verso gli anni '60 questo tipo di attività esce dal settore industriale, per investire anche il mondo terziario (mondo dei servizi). Anche il mondo sanitario, in questi anni, viene sensibilizzato e la necessità di controllo appare gradualmente in diversi settori: i laboratori di biochimica medica, accettazione di forniture farmaceutiche, e finalmente nei dipartimenti di assistenza medica ed infermieristica. C'è da segnalare che in quegli anni la nozione di controllo della qualità dell'assistenza solleva un interesse reale soltanto in questi due paesi. Le premesse dello sviluppo dei sistemi di controllo si erano avute in America già nel lontano 1917 all'interno della professione medica, quando i suoi rappresentanti avevano proposto una verifica della qualità delle cure mediche basate sulla valutazione di diversi parametri quali: il tasso di sopravvivenza, il tasso di morbidità ed il tasso di mortalità. Negli Stati Uniti, fra i vari sistemi di controllo, nacque la "*Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care*" che fu poi tradotta, trasformata ed applicata anche in Canada col nome di IGEQSI= *Instrument Global d'Evaluation de la Qualité de Soins Infirmiers* (7). La versione americana di questo strumento, conosciuto anche col nome di *Rush-Medicus Nursing Process Methodology* fu sperimentata in 21 ospedali Americani nel 1973-1974. I controlli dimostrarono che l'affidabilità dello strumento raggiungeva l'85%. Un'altra nozione va acquisita sull'esperienza Americana: il progetto fu realizzato

grazie alle sovvenzioni pubbliche per la ricerca. Sappiamo, purtroppo bene, che lo stanziamento in Italia per la ricerca non supera l'1% del P.I.L. (prodotto interno lordo).

### ***3.4– Il controllo di qualità in Gran Bretagna.***

La Gran Bretagna è un altro paese che ha acquisito la nozione di controllo della qualità. Una prima spinta in questa direzione si ebbe dopo la I guerra mondiale, quando molti piloti inglesi persero la vita a causa dei difetti dei motori degli aeroplani. In quel dopoguerra l'industria crebbe in modo esponenziale, grazie al fatto che il processo d'industrializzazione era iniziato in quel paese molto tempo prima. In quegli anni i controlli di qualità erano di tipo ispettivo. Vi era un incaricato speciale in ogni settore della produzione che controllava la qualità del prodotto in quello stadio. I prodotti che non raggiungevano gli standard, venivano rilavorati oppure scartati. In questo modo i prodotti non idonei erano molti e costituivano un costo non irrilevante per le aziende. Tra gli anni '50 e '60, nel Regno Unito, l'industria puntò molto sull'aspetto quantitativo. Fu durante la recessione del 1970 che gli industriali e la classe politica compresero che dovevano puntare sulla qualità per contenere i costi e per competere con i prodotti d'importazione. I vecchi metodi ispettivi di controllo vennero accantonati e furono sviluppate nuove tecniche basate su modelli statistici

quali: *il Controllo Statistico di Processo, i Circoli di Qualità, i Sistemi di VRQ, la Total Quality Management*, fino ad arrivare alla stesura del documento *ISO 9000* per gli standard internazionali della qualità.

### ***3.5– Il controllo di qualità in Italia.***

Mentre in altri paesi la nozione di controllo sulla qualità è stata acquisita da almeno un ventennio, in Italia questo tipo di cultura è nata soltanto nei primi anni '90. Alcune società scientifiche e con il supporto della società italiana di VRQ hanno realizzato programmi di “accreditamento tra pari” che non prevedono la presenza di figure governative e/o istituzionali. Il merito di questi programmi è stato quello di promuovere un processo di autovalutazione all'interno dei servizi, orientato al miglioramento della qualità e su criteri condivisi dai professionisti. Un altro contributo per l'introduzione della cultura della qualità in Italia proviene dalla legislazione. Soprattutto nei D. Lgs. 502/92 e successive modifiche, viene fatto esplicito riferimento alla necessità di adottare sistemi di VRQ all'interno delle strutture sanitarie. L'aspetto legislativo, i suoi contenuti e la sua importanza verranno discussi nel IV capitolo in modo più esauriente.

### ***3.6 – Fasi di un progetto di V.R.Q.A.I.***

V.R.Q.A.I.= verifica e revisione della qualità dell'assistenza infermieristica. In questo paragrafo vengono riportate le fasi salienti di un progetto di VRQAI. Secondo molti autori si riconoscono sostanzialmente 3 fasi:

- 1) Fase di concepimento. Durante questa fase vengono definiti tutti gli strumenti che devono essere usati per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica. Si stabiliscono ad esempio gli standard, i criteri, lo strumento di raccolta dati (intervista, questionario, osservazione diretta, studio delle cartelle, etc.), l'orientamento dell'indagine (struttura, processo, esito, costo, accessibilità), il gruppo di lavoro, il campo d'indagine, la popolazione dalla quale attingere i dati etc.
- 2) Fase dei tests. In questa fase vengono messi alla prova tutti gli elementi sopra citati. Si sperimenta cioè se “gli strumenti di bordo” siano funzionanti e siano in grado di garantire sicurezza ed affidabilità durante il “viaggio” della valutazione. In altre parole ogni elemento del progetto viene collaudato. Si collaudano gli standard poiché alcuni potrebbero essere formulati male, altri potrebbero essere irraggiungibili, altri ancora potrebbero non essere coerenti con l'aspetto dell'assistenza infermieristica che si vuole valutare. Lo stesso collaudo spetta anche ai criteri. Si sperimenta la validità dello strumento per la raccolta dei dati; ad es. durante

un collaudo potrebbe risultare inadeguato il questionario proposto, perché più del 30% di essi viene riconsegnato senza essere compilato. Oppure, potremmo renderci conto che lo studio retrospettivo delle cartelle è un lavoro troppo dispendioso per le nostre possibilità economiche e per la nostra disponibilità di tempo. In questa fase dunque, si correggono e si perfezionano alcuni dettagli del programma prima di una sua utilizzazione più impegnativa.

3) Fase di esecuzione propriamente detta. In questa fase il programma di VRQAI conosce il suo impiego nelle varie realtà assistenziali in modo impegnativo, per lungo tempo (mesi), in diversi ospedali.

### ***3.7 – Costituzione di un gruppo di lavoro.***

Un momento importante di qualsiasi progetto di VRQAI, è la costituzione del gruppo di lavoro. Gli elementi che lo caratterizzano, secondo gli autori Wright e Whittington, sono essenzialmente quattro: grandezza del gruppo; composizione del gruppo; efficacia del gruppo; organizzazione degli incontri (17). Lavorare in gruppo porta con sé vantaggi e svantaggi. I vantaggi consistono nel fatto che più persone offrono una più vasta gamma di idee, considerazioni, interpretazioni, etc. Gli svantaggi possono essere dovuti proprio ad un'eccessiva pluralità di punti di vista che talvolta

risultano inconciliabili se i membri non hanno una sufficiente cultura sulle modalità del lavoro di gruppo.

#### Grandezza del gruppo.

Da diversi studi si evince che ciascun tipo di lavoro non individuale riesce meglio se il numero dei membri che costituiscono il gruppo rimane compreso in un certo range. Le motivazioni di questa relazione tra numero dei membri e funzionalità del gruppo, sono di ordine sia pratico che sociologico. Per quanto riguarda i programmi di VRQAI si è constatato che la maggior efficienza ed efficacia del gruppo vengono raggiunte quando il numero dei membri è compreso fra 4 e 10 e che 8 è il numero migliore.

#### Composizione del gruppo.

Per evitare di essere sottoposti a controlli da parte di estranei conviene che gli operatori di un servizio si attivino in modo da programmare un piano di VRQAI adatto alle proprie risorse. In questo modo si evita di veder vanificato il proprio lavoro e di esser “osservati” da persone non competenti in quella realtà professionale. Il miglior controllo infatti è quello tra pari. Il controllo fatto da “altri” viene visto come “un’ispezione” il cui intento è solo quello di giudicare gli errori ed i suoi colpevoli. In questo modo il progetto di valutazione viene respinto e viene vanificato il suo fine principale: il miglioramento continuo della qualità. Per ottenere

questo fine si può percorrere una sola strada: il coinvolgimento di tutte le parti interessate, in altri modi invece, “fatte le ispezioni trovati gli inganni”. Se il controllo dell’assistenza infermieristica deve essere fra pari, è pur vero che nella fase della determinazione degli standard e nella fase di comunicazione dei risultati, vi deve essere l’apertura nei confronti degli altri soggetti interessati alla qualità. Quando si stabilisce uno standard di qualità, quando si stabilisce cioè, cosa sia una buona assistenza, è saggio confrontarsi con il punto di vista del cliente. È allo stesso modo doveroso comunicare al paziente/cliente i risultati dei controlli di qualità per rendere noti gli scarti con i livelli ottimali prefissati.

#### Efficacia del gruppo.

Durante il corso di studi ho fatto alcuni lavori di gruppo, ed ho lavorato in gruppi diversi. Ho potuto constatare che i due elementi essenziali per garantire un lavoro di buona qualità sono:

- stabilire le finalità del gruppo,
- l’impegno di ciascun membro per il raggiungimento di tali finalità.

Per dirlo in termini evangelici: “stabilita la missione, ciascuno porta la sua croce”, oppure più semplicemente: “beati gli uomini di buona volontà”. Nel testo (17 ), è riportato un elenco di connotazioni del gruppo efficace. Con questo elenco mi trovo d’accordo e penso che le mie precedenti riflessioni

si integrino perfettamente con i concetti espressi dagli autori sopra citati.

Tali elementi sono:

- “incontri frequenti;
- incontri sia formali che informali;
- atteggiamenti e valori simili nei membri del gruppo;
- accordo sulle finalità del gruppo;
- accordo implicito e talvolta esplicito sulla divisione del lavoro e sulla distribuzione dei compiti;
- buone capacità di discussione;
- presenza di qualcuno che ha la capacità di guidare la discussione”(17).

#### Organizzazione degli incontri.

Sempre secondo gli autori Wright C.C. e Whittington D., per essere bene organizzati, gli incontri dovrebbero avere i seguenti caratteri:

- “durare meno di 1 h e 30;
- avere un ordine del giorno chiaro;
- aver concordato la frequenza degli incontri;
- i membri devono essere informati del tempo e del luogo degli incontri;
- gli incontri devono avvenire fuori del posto di lavoro così da essere liberi da interruzioni;

- devono essere tenute delle buone registrazioni: dei partecipanti a ciascun incontro, delle decisioni prese, delle azioni da intraprendere (da parte di chi e quando);
- le registrazioni devono essere spedite a persone, esterne al gruppo, il cui supporto potrebbe essere richiesto in uno stadio più avanzato dell'iniziativa" (17).

### ***3.8 – Elaborazione del quadro di riferimento***

L'assistenza infermieristica ha una vasta area di competenza e si svolge mediante una vasta gamma di atti. Valutare in toto la qualità dell'assistenza infermieristica diventa quindi un compito molto arduo in assenza di un quadro di riferimento. Tale quadro può essere fornito dalle definizioni legali delle funzioni infermieristiche. In questo caso possiamo prendere in considerazione il D.M. 739/'94 "Profilo professionale" in cui all'art. 1 comma 2 possiamo leggere: "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

L'art. 1 comma 3 lettera c) recita: " l'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

L'art.1 comma 5 recita: “la formazione infermieristica post-base...permette di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica
- b) pediatria
- c) salute mentale-psichiatria
- d) geriatria
- e) area critica”.

I contenuti di questa citazione, potrebbero essere un primo generale quadro di riferimento. Un altro quadro di riferimento per l'assistenza infermieristica potrebbe essere fornito dalla “teoria dei bisogni”. Diversi sono gli autori che si sono interessati allo sviluppo di questa teoria. Citiamo Maslow, V. Henderson, A. Heller. Maslow suddivise i bisogni dell'essere umano in vari gradi gerarchici raffigurabili mediante una piramide. Alla base di questa piramide vi sarebbero i bisogni fisiologici (respirare, mangiare, dormire etc.), subito sopra quelli di sicurezza (stabilità, ordine, leggi etc.), poi quelli di appartenenza (amore, amicizia, intimità etc.), poi i bisogni di stima (autostima, stima degli altri), infine quelli di autorealizzazione. V. Henderson stabilì i 14 bisogni fondamentali dell'uomo, rintracciabili in qualsiasi testo di infermieristica.

Secondo la Henderson l'ospedalizzazione interrompe il “flusso di vita” della persona. Compito dell'infermiere diventa allora quello di ripristinare

questo flusso assicurando al paziente la soddisfazione dei suoi bisogni. Riportando un brano di V.Henderson si può capire quanto radicata in lei fosse questa convinzione: “Lo studio dei bisogni fondamentali dell’essere umano mi resero consapevole che la malattia è qualcosa di più complesso che la semplice assenza di benessere fisico o di una minaccia alla vita, infatti se per troppo tempo togliamo ad una persona ciò che essa apprezza più di tutto, come l’amore, il proprio lavoro etc. questa privazione può essere anche più dannosa della stessa malattia che cerchiamo di curare; pertanto benessere vuol dire soddisfazione dei propri bisogni”(3).

Nella teoria di A. Heller i bisogni assumono il connotato della bipolarità. Esistono cioè 2 ordini di bisogni. Il primo ordine è quello dei bisogni esistenziali, che sono propri di tutto il mondo vivente (uomo, animale, pianta etc.). Il secondo ordine di bisogni appartiene invece soltanto agli esseri umani e sono detti appunto, bisogni umani. Fra questi, troviamo i bisogni radicali, cioè radicati nella natura umana (amicizia, amore, socialità, divertimento) e quelli alienati o indotti (potere, possesso, denaro) (3). Partendo da queste teorie, l’assistenza infermieristica ha come obiettivo la rilevazione dei bisogni/problema, la pianificazione degli interventi per soddisfarli, la valutazione degli interventi effettuati per constatare se gli obiettivi prefissati siano stati raggiunti. Stabilito un quadro di riferimento diventa allora più semplice selezionare gli aspetti dell’assistenza

infermieristica di cui si desidera valutare la qualità (es. valutare la qualità degli atti infermieristici volti a soddisfare il bisogno di riposo del paziente). Diventa anche più semplice fare una valutazione globale dell'assistenza infermieristica, poiché grazie ai riferimenti legislativi e teorici si individua più facilmente l'intero campo d'azione dell'infermiere.

### ***3.9 - Scelta dell'orientamento.***

Diversi sono gli autori che si sono occupati di questo aspetto della VRQ. Il modello più accreditato sembra essere quello di A. Donabedian. Secondo questo autore gli orientamenti sono 3:

- 1) orientamento risorse
- 2) orientamento processo
- 3) orientamento risultati. (8)

Secondo lo stesso autore si deve scegliere uno di questi orientamenti, prima di iniziare la valutazione. Si può anche scegliere un orientamento misto (es. processo-risultati) e sembra che questo modo di procedere sia più accreditato dell'orientamento semplice. Secondo la Jacquerye, l'unico modo diretto di misurare la qualità dell'assistenza infermieristica, è quello di valutare i risultati in termini di miglioramento della salute del paziente. Ma ragioni tecniche e pratiche, hanno costretto molti autori ad abbandonare questo approccio, per cimentarsi in orientamenti più facili e sicuri da

valutare (risorse e processo). Nell'ambito della Q.A. (quality assurance), si riconoscono oggi anche l'orientamento costo e l'orientamento accessibilità.

### ***3.10 - Orientamento risorse.***

Si intende per risorse l'insieme degli elementi logistici e degli elementi organizzativi che influiscono e determinano l'assistenza infermieristica. Fra gli elementi logistici citiamo: il sostegno finanziario, il supporto architettonico (modo di concepire l'ospedale, studio dei percorsi, etc.), la dotazione del personale di assistenza secondo il numero e la qualifica, la quantità di tempo riservato alle diverse cure infermieristiche, le relazioni più o meno intime fra i servizi e la scuola per infermieri. Sembra che soltanto gli studi sulla dotazione di personale di assistenza abbiano proposto delle norme; tali norme quantitative riguardano, per la maggior parte, il carico di lavoro e la classificazione dei pazienti. Le norme di qualità invece, restano ancora molto flessibili; esse raccomandano principalmente una percentuale elevata di infermieri/e con alto livello di formazione. L'organizzazione dell'unità di cura è stata studiata sotto diverse angolature; gli autori hanno analizzato la ripartizione dei compiti dell'unità (amministrativi, infermieristici, alberghieri), le relazioni fra le unità e gli altri dipartimenti, i tempi di attesa etc. Altri punti sembrano particolarmente importanti come il tipo di assistenza infermieristica

adottato (es: assistenza personalizzata). Gli autori sono unanimi nell'ammettere una netta influenza di questi elementi sulla qualità dell'assistenza. Ci sono altri aspetti che sembrano influire anche se in minor grado: la politica e il tipo di gerarchia adottati dall'ospedale che influirebbero sulla motivazione e sulla soddisfazione del personale; la grandezza dell'istituzione che porterebbe al rischio di moltiplicazione dei problemi ed ad un aumento della difficoltà di vigilanza; esperienza professionale; formazione permanente. Anche questo orientamento porta con sé i suoi vantaggi e svantaggi. Fra i vantaggi possiamo evidenziare che, richiedendo un'osservazione diretta o indiretta (cartella) delle attività infermieristiche, riesce ad isolare gli atti infermieristici dal contesto generale dell'assistenza medica e di altri professionisti della salute. Inoltre tale metodo evita il rischio di un controllo esterno alla professione. Fra gli svantaggi si inserisce la necessità di misurare due livelli di valutazione. Il primo livello riguarda l'esecuzione o la non esecuzione di un compito di assistenza. Il secondo livello giudica invece le qualità di tale esecuzione. Molti progetti di VRQ si impegnano a controllare soltanto il primo livello, dunque la presenza-assenza di determinati atti, data la maggiore semplicità di questo tipo di misurazione. La maggiore competenza ed esigenza attuale del cliente, rende questo tipo di valutazioni, rivolte solo agli aspetti

quantitativi e non qualitativi dell'assistenza, sancisce l'inadeguatezza di questi sistemi.

### ***3.11 - Orientamento processo.***

Il processo comprende l'insieme delle attività infermieristiche la cui esecuzione si ritiene necessaria per sopperire ai bisogni dei pazienti. Negli anni in cui la Jacquerye scrisse il suo libro (8) queste attività si sviluppavano in 3 fasi successive: l'identificazione dei bisogni dei pazienti, la pianificazione dell'assistenza e la sua messa in atto. Oggi, alla luce del D.M. 739/94, possiamo dire che alle tre fasi precedenti si è aggiunta, almeno in teoria, una quarta fase, quella della valutazione degli atti infermieristici. Ciò significa che in base agli obiettivi prefissati nel piano di nursing, dopo l'erogazione dell'assistenza, si valuta se i risultati ottenuti corrispondano o meno con gli obiettivi prefissati. Se non si riscontra una corrispondenza fra questi due termini (obiettivi e risultati), allora ci si attiva per modificare gli aspetti carenti di quel piano di nursing: si possono modificare gli obiettivi se sono mal formulati, oppure sono irrealizzabili; si modificano gli interventi se l'obiettivo è corretto ma gli atti previsti per raggiungerlo non sono sufficienti o non coerenti con l'obiettivo. Dalla mia esperienza personale, durante i tre anni di tirocinio, non ho mai visto usare la cartella infermieristica, né ho mai visto infermieri coinvolti in un

progetto di VRQAI. Con tale affermazione, come ho già specificato anche in altri punti della tesi, non intendo esprimere un giudizio sulla categoria, ma soltanto fare delle riflessioni sulle carenze e sui problemi che ci impediscono di esprimere la nostra professionalità. Anche l'orientamento processo porta vantaggi e svantaggi. Fra i vantaggi la Jacquerye afferma che: "questo orientamento richiede un'osservazione, fra le altre cose, della cartella infermieristica..."(8). Ciò è possibile, a rigor di logica, solo in quelle realtà dove sia attivo l'uso della cartella infermieristica o di un suo equivalente (es. la cartella integrata). In Italia sono molto poche le realtà in cui tali strumenti vengono usati. L'unica documentazione possibile rimane la "consegna". C'è ora da stabilire se questo documento possa essere utilizzato come strumento per un progetto di VRQAI. Lasciamo ad altri questo compito, noi però abbiamo il dovere di constatare il nostro grado di arretratezza rispetto ai Paesi anglofoni e francofoni, che usano la cartella infermieristica già da alcuni anni. Altri aspetti o fattori, possono essere usati per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica sotto il profilo del processo. Uno di questi fattori è la diagnosi infermieristica. La NANDA: North American Nursing Diagnosis Assosiation, costituita nel 1975, ha redatto un testo in cui sono contenute tutte le diagnosi infermieristiche ritenute valide da questa autorevole associazione. Fare una diagnosi infermieristica è un processo nuovo, poiché questo aspetto

dell'assistenza sanitaria era a completo appannaggio dei medici. Occorre precisare, che diagnosi medica ed infermieristica sono differenti, per la diversità delle competenze e degli obiettivi di queste due professioni. Il medico diagnostica la malattia e i processi patologici che ne stanno alla base, l'infermiere diagnostica i bisogni/problema. Il punto d'intersezione fra le due aree è il benessere del paziente/cliente. Per problema noi infermieri intendiamo: “disfunzione in atto rispetto alla variabile bisogno” (3).

Secondo la letteratura vi sono altri fattori di processo per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica: l'educazione sanitaria del malato e dei suoi familiari, il sostegno psicologico del malato e dei suoi familiari, l'esecuzione delle prescrizioni mediche.

### ***3.12 - Orientamento risultati***

In questo tipo di orientamento, la qualità dell'assistenza infermieristica si misura valutando le modifiche apportate alla salute e al comfort del paziente, mediante gli atti infermieristici. Gli esiti possono essere intermedi finali e particolari. Per capire meglio prendiamo come esempio un paziente con IMA (infarto del miocardio acuto).

Fra gli esiti intermedi citiamo:

l'acquisizione di conoscenze e comportamenti preventivi (alimentazione, fumo, movimento);

- la normalizzazione della pressione arteriosa;
- buon grado di collaborazione del paziente con l'equipe infermieristica.

Fra gli esiti finali citiamo:

- prolungamento della durata della vita;
- riduzione del grado di disabilità;
- alta percentuale di soggetti, in età produttiva, reintegrati nel mondo del lavoro.

Fra gli esiti particolari citiamo quello che a noi sembra il più importante:

- la soddisfazione del paziente.

Il ruolo degli infermieri per il raggiungimento di questi risultati è determinante per la natura tecnica, educativa e relazionale di questa professione.

TABELLA RISSUNTIVA DEGLI ORIENTAMENTI SEMPLICI:

<b>RISORSE</b>	<b>PROCESSO</b>	<b>RISULTATI</b>
<b>Definizione</b>	<b>Definizione</b>	<b>Definizione</b>
Elementi logistici: - supporto architettonico - materiale - dotazione di personale Elementi dell'organizzazione: - regolamenti interni - organigramma - qualifica ed esperienza del personale	- diagnosi infermieristica - pianificazione dell'assistenza - esecuzione dell'assistenza	- guarigione - mortalità - morbosità - grado di soddisfazione del paziente
<b>Vantaggi</b>	<b>Vantaggi</b>	<b>Vantaggi</b>
Criteri molto facili ed economici da misurare	Individualizzazione agevole del campo infermieristico che consente l'auto-controllo della professione	Valutazione reale della qualità dell'assistenza
<b>Svantaggi</b>	<b>Svantaggi</b>	<b>Svantaggi</b>
- ristretto campo d'indagine	- limitato spesso alla esecuzione o meno del compito - omissione frequente della qualità dell'esecuzione	- difficoltà di isolare il contributo infermieristico - soggettività dei criteri che riguardano la valutazione della qualità attraverso il malato stesso

Fig. 4 (8)

### ***3.13 – Cenni sugli orientamenti misti***

Come abbiamo già detto in precedenza, le valutazioni di qualità dell'assistenza infermieristica con orientamento semplice, si sono rivelate piuttosto limitate e carenti. Molti autori hanno cominciato ad adottare sistemi con orientamenti misti, combinando fra loro 2 o 3 orientamenti semplici. Alcuni studiosi, utilizzando orientamenti misti, hanno dimostrato che la qualità dell'assistenza infermieristica, era influenzata da aspetti di tutti e tre gli orientamenti. Negli ultimi tempi, anche questo approccio è stato superato grazie a nuovi sistemi di valutazione, come la total quality management e la continuous quality improvement.

### ***3.14 – Indicatori sanitari***

L'indicatore sanitario è definito come: variabile che non permette di giudicare direttamente la qualità dell'assistenza ma indica, se supera un certo valore soglia, la possibile esistenza di un problema. In altre parole, l'indicatore identifica una situazione ritenuta rilevante per il paziente e/o l'assistenza da osservare-valutare. Gli indicatori possono essere di efficienza, di economia, di bilancio, di garanzia dei diritti del paziente etc. Gli indicatori più importanti sono:

- “indicatori di organizzazione e coordinamento (risorse);
- indicatori delle qualità tecnico-scientifiche delle prestazioni (processo);

- indicatori di esito clinico dei pazienti/clienti (esiti)”.(2 )

Molto spesso però, questo tipo di indicatori lascia il posto a quelli di efficienza e di bilancio. Questo perché, in un’ottica aziendale, la sanità viene considerata come un’attività che deve competere sul mercato e sottostare alle sue regole. Spesso il mercato dimentica che la salute è un diritto sancito nell’art.32 della Costituzione. Altrettanto spesso gli indicatori sanitari vengono formulati dall’alto, senza richiedere la collaborazione di professionisti importanti per la sanità, come gli infermieri. Per la qualità dell’assistenza sanitaria, il contributo degli infermieri è fondamentale; sono gli unici professionisti vicini al paziente/cliente 24 ore su 24 oltre ad essere numericamente molto più rappresentativi rispetto agli altri professionisti della sanità. Anche gli infermieri devono individuare degli indicatori che consentano di valutare quanto e come il proprio luogo di lavoro, risponde ai bisogni dei pazienti.

Il classico esempio di indicatore sanitario è quello delle infezioni delle ferite chirurgiche. Un alto indice di infezioni rileva un problema, ma non è in grado di trovarne le cause. A determinare l’infezione, potrebbe essere stato il chirurgo durante l’intervento, oppure l’infermiere durante le medicazioni successive o ancora, una insufficiente profilassi antibiotica.

Esistono degli indicatori particolari come **l’incidente critico** e **l’evento sentinella** (2). L’incidente critico è un evento non grave per la salute del

paziente (es. lite con i parenti, lievi complicanze post-operatorie), che si è verificato, ma che poteva essere evitato. L'evento sentinella, è invece un evento più grave, infatti, l'avverarsi anche di un solo caso, indica un problema assistenziale e crea rischi seri per il paziente, i familiari e gli operatori. Esempi di evento sentinella sono: la morte per intervento chirurgico semplice (appendicectomia), la morte per parto, la somministrazione di sangue incompatibile etc. Ogni singolo evento sentinella va isolato, studiato, occorre risalire alle cause e rimuoverle, risalire ai responsabili e provvedere nei loro confronti, qualora siano accertate le colpe.

### ***3.15 – Standard***

Per misurare la qualità di un servizio offerto, quindi anche dell'assistenza infermieristica è indispensabile stabilire degli standard. Per standard intendiamo: “un esempio accettato o approvato, o l'enunciato di qualcosa di cui viene fornita una misura e/o un giudizio; un livello di qualità pertinente all'attività; un enunciato che definisce obiettivi concordati per il livello di eccellenza e descrive le capacità, le risorse o i risultati richiesti, per raggiungere il livello di eccellenza in termini che possono essere usati per misurarne il raggiungimento”. (17)

“Il livello, desiderato e raggiungibile, di performance che corrisponde ad un criterio o criteri sui quali viene confrontata la performance effettiva” (17).

“Frequenza auspicabile a livello ideale che deve essere raggiunta dalla variabile per ottenere un livello di qualità; il livello è stabilito in maniera arbitraria dai responsabili riconosciuti della professione infermieristica; spesso assimilato alla norma ottimale” (8).

Dalle definizioni e dalla lettura di articoli su questo argomento, si deduce il significato, secondo me essenziale, di standard: *livello di qualità auspicabile*. Ma come si stabilisce quale sia il livello da raggiungere? Diverse sono le fonti da cui attingere. Una di queste è la letteratura sul campo assistenziale a cui si riferisce lo standard. Un'altra fonte è la domanda del cliente infatti ci sono aspetti assistenziali verso i quali il cliente è più sensibile dell'operatore. Questi aspetti riguardano principalmente il rapporto interpersonale: la capacità di ascolto, la capacità di fornire informazioni, la gentilezza, etc. Quando non esiste una letteratura adeguata sull'aspetto assistenziale da valutare, sarà allora opportuno avvalersi del parere di esperti. In VRQAI gli standard vengono formulati anche in base agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Se ad es. desideriamo l'introduzione di un protocollo per l'esecuzione di una tecnica infermieristica, porremo come standard la presenza del protocollo stesso,

così da evidenziare lo scarto con la realtà misurata. Un altro aspetto importante, è decidere chi stabilisce gli standard. Molti autori sono concordi nel dire che occorre la collaborazione dei vari gruppi di persone e istituzioni che ruotano intorno alla qualità dell'assistenza infermieristica. Citiamo alcuni di questi protagonisti: associazioni di consumatori, staff manageriale, colleghi professionali, gruppi di infermieri, OMS, governo, ASL, tribunale per i diritti del malato, etc. In altre parole, gli standard sono più appropriati, se per la loro formulazione concorrono tutti gli interessati ad una assistenza infermieristica di qualità. Spesso invece, accade che le “norme” vengano fissate dall'alto, senza essere granchè condivise, proprio perché sentite come estranee. Gli autori (17) definiscono il percorso per formulare gli standard:

- definire l'argomento, ove per argomento si intende l'ambito assistenziale da sottoporre a valutazione (es. nutrizione del paziente);
- definire il sottoargomento. Spesso l'argomento è un'area molto vasta dell'assistenza infermieristica ed è necessario delimitare aree più piccole da valutare singolarmente (es. nutrizione enterale);
- definire il gruppo degli assistiti, cioè quel gruppo di pazienti/clienti che usufruiscono di quel tipo di assistenza infermieristica (es. pazienti portatori di sondino naso gastrico per nutrizione enterale);

- enunciare lo standard. Solo ora, avendo delimitato l'area assistenziale da valutare, avendo specificato i fruitori di tale assistenza, possiamo enunciare lo standard o più standard. Es.:
- Standard 1: ai pazienti portatori di sondino naso gastrico per nutrizione enterale, viene fornita una dieta completa, sia in apporto calorico, sia in distribuzione dei nutrienti.
- Standard 2: se il paziente è autosufficiente, viene educato alla gestione autonoma del sondino naso gastrico.
- Standard 3: il paziente viene sostenuto a livello psicologico, per adattarsi alla condizione di portatore di sondino naso gastrico.

Una domanda da tenere sempre in considerazione, quando si applica un processo di VRQAI, è questa: “lo standard prefissato condurrà ad un miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica”? Se la risposta è negativa allora è meglio non adottare quello standard nel processo di valutazione.

### ***3.16 – Criteri***

Anche per questo termine è bene cominciare dalla definizione: “elemento che permette di dare un giudizio valutativo e di misurare la qualità di un determinato aspetto dell'assistenza infermieristica. Variabile considerata come un indicatore pertinente la qualità dell'assistenza infermieristica” (8).

In questo testo, il termine criterio viene considerato sinonimo dato, item, indicatore, standard, variabile, parametro, indice operativo. Secondo molti autori (2,4,6,17) fra i tre termini: indicatori, standard e criteri, esiste una differenza concettuale. *Gli indicatori non permettono di giudicare la qualità, ma “indicano” aspetti dell’assistenza infermieristica da sorvegliare, affinché non avvengano disservizi. Lo standard è il livello di qualità da raggiungere. Il criterio è lo strumento operativo che ci permette di misurare la qualità.* Osserviamo ora quali sono le tappe per elaborare dei criteri. Dopo aver scelto l’argomento, il sottoargomento, lo standard e l’orientamento occorre:

- elaborare i criteri
- fare l’inventario dei criteri
- selezionare i criteri
- formulare i criteri secondo il modo di raccolta dei dati.

Un concetto importante è la ridondanza dei criteri. Per criterio ridondante si intende un criterio che fornisce un’informazione già data in altra forma da un altro criterio. Se esistono criteri ridondanti si dà un punteggio multiplo (pari al numero dei criteri ridondanti) allo stesso indice di qualità, falsando così il risultato. Secondo molti autori il criterio deve possedere alcune caratteristiche riassumibili con l’acronimo **CROMO**. Il criterio deve essere:

**Comprensibile**, cioè chiaramente compreso da tutti quelli che lo usano.

**Ragionevole**, cioè condiviso da tutti gli interessati al progetto di VRQAI.

**Osservabile**, cioè rilevabile con i sensi.

**Misurabile**, il criterio può essere espresso solo per variabili suscettibili di misura.

**Ottenibile**, il criterio deve tener conto dei limiti di tempo, di risorse umane e di risorse materiali.

A questo punto possiamo proporre un esempio di uso operativo di standard e criteri.

**Argomento:** prevenzione dei danni da prolungato allettamento

**Sotto-argomento:** prevenzione delle lesioni da decubito

**Standard:** tutti i pazienti costretti ad un prolungato allettamento, ricevono adeguate informazioni sui rischi di lesioni da decubito, ricevono le cure preventive riconosciute valide dalla comunità scientifica, così da ridurre al minimo il rischio di sviluppare queste lesioni.

**Criteri di struttura:** 1) esiste un protocollo per la prevenzione delle lesioni da decubito;

2) esiste un numero adeguato di infermieri per attuare l'assistenza;

3) esiste una percentuale adeguata di materassi antidecubito (le percentuali adeguate vanno stabilite di volta in volta secondo diverse variabili

come: il tipo di reparto, l'età media dei pazienti, le condizioni cliniche o il grado di autonomia, le risorse disponibili, etc.);

4) c'è la disponibilità di un fisioterapista per la mobilizzazione passiva del paziente.

**Criteri di processo:**

- 1) gli infermieri individuano i soggetti a rischio di lesioni da decubito;
- 2) gli infermieri attuano, per questi pazienti, le cure previste dal protocollo assistenziale;
- 3) gli infermieri informano i pazienti dei rischi da prolungato allettamento e della necessità di una mobilizzazione precoce;
- 4) gli infermieri fanno richiesta del materasso antidecubito, per ciascun paziente a rischio.

**Criteri di esito:**

- 1) il paziente ha ricevuto, qualora cosciente, adeguate informazioni sui rischi da lesioni da decubito;
- 2) il paziente ha ricevuto le cure previste dal protocollo assistenziale;
- 3) il paziente viene dotato di materasso antidecubito se è previsto per lui un allettamento superiore a 5 giorni;
- 4) la percentuale di lesioni da decubito, per i pazienti sottoposti a questo tipo di assistenza, è inferiore alla percentuale dei gruppi di controllo.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE DELLE  
LESIONI DA DECUBITO IN PAZIENTI COSTRETTI A  
PROLUNGATO ALLETTAMENTO (PIU' DI 5 GIORNI):

- informare il paziente sui rischi da prolungato allettamento se in grado di comprendere, oppure informare un familiare di riferimento;
- invitare il paziente a cambiare decubito ogni 2 ore se autosufficiente;
- cambiare il decubito al paziente ogni 2 ore se non autosufficiente;
- cambiare decubito al paziente ogni 2 ore anche nelle ore notturne;
- mantenere la cute detersa con atti di igiene parziale (es bidet, shampoo, lavaggio dei piedi) o totale (bagno a letto);
- incrementare l'apporto proteico a parità di apporto calorico (problema da risolvere in collaborazione col medico e col dietista);
- massaggiare le zone di cute soggette a compressione 2 volte al giorno, con creme emollienti;
- dotare il paziente di materasso antidecubito;
- favorire la mobilizzazione passiva dei vari segmenti corporei, in collaborazione col fisioterapista;
- favorire la mobilizzazione attiva se il paziente è autosufficiente;
- stimolare, laddove possibile, un precoce abbandono del letto, a favore della posizione ortopnoica (seduta), o ortostatica (in piedi).

### ***3.17 – Perché è importante la VRQ***

Molti sono i motivi per cui monitorare la qualità dell'assistenza infermieristica. Per noi infermieri è importante anche da un punto di vista deontologico. Un monitoraggio continuo dell'assistenza erogata, ci consente di documentare se la nostra attività viene esercitata rispettando il “programma” che abbiamo promesso di rispettare. Osservare il codice deontologico, significa infatti garantire una assistenza infermieristica di qualità da un punto di vista tecnico, scientifico, umano e morale, ed è importante anche in vista di una crescita di autonomia. Ritengo importante, che gli infermieri comincino ad esercitare assiduamente questo tipo di attività, difatti, se i controlli non sono tra pari, le misure correttive per il miglioramento della qualità, saranno sistematicamente boicottate a causa della disaffezione nei loro confronti. Autovalutandoci, invece, siamo in grado di constatare le nostre carenze, e di porvi un rimedio, con nostre iniziative e nostri progetti.

Come dicevamo all'inizio della tesi, le risorse ridotte ci impongono interventi sanitari mirati. Con i sistemi di VRQ riusciamo ad individuare le aree di spreco, e le aree assistenziali in cui c'è bisogno di maggiore impegno.

Per i pazienti/clienti è importante avere delle garanzie. Un nuovo termine è stato coniato per denominare il paziente: “esigente”, proprio perché il

cittadino esige una maggiore professionalità da parte degli infermieri. Molte associazioni dei consumatori, propongono al SSN, standard di qualità anche per l'assistenza infermieristica. Infine vi è una pressione internazionale e legislativa, affinché tutti i servizi sanitari adottino sistemi di VRQ, al fine di garantire livelli assistenziali idonei alle richieste delle popolazioni e compatibili con le risorse economiche. Tali pressioni vengono dall'OMS, e molte Nazioni, fra le quali l'Italia, hanno recepito i punti 31 e 38 del progetto "la salute per tutti entro l'anno 2000".

### ***3.18 – Popolazione e campione***

Selezionati gli indicatori, gli standard e i criteri, è essenziale definire rigorosamente la popolazione che ci si propone di studiare. Per definire la popolazione occorre conoscere:

- lo scopo della valutazione;
- l'orientamento;
- il tipo di campionamento;
- la difficoltà di includere certe categorie della popolazione nello studio (es. personale che lavora di notte).

E' però eccezionale, che l'intero insieme della popolazione, venga sottoposta ad indagine. Nella maggioranza dei casi, si fa ricorso ad un campione della popolazione considerata. Il campionamento consiste nel

prelevare, nell'ambito della popolazione scelta, un certo numero di soggetti che rappresentino la popolazione di origine. Nel selezionare il campione, bisogna tener conto di due variabili importanti: le dimensioni del campione e il metodo di scelta del campione.

- a) Dimensioni del campione: un dato statistico afferma che più grande è il campione, più grande è il grado di precisione dei risultati ottenuti. Ma ottenere la precisione in “millesimi”, non sempre è utile allo scopo della VRQAI. Bisogna tener conto anche dei costi, che aumentano proporzionalmente alla grandezza del campione. Occorre allora poter stabilire, mediante formule statistiche, quale sia la dimensione utile del campione per avere dati precisi, evitando che il campione sia eccessivamente esteso. Ad es. in una distribuzione del tipo Gauss-Laplace (distribuzione normale) occorrono almeno 30 soggetti. Solitamente il campione viene “gonfiato”, al fine di bilanciare un certo numero di soggetti che non giungeranno al termine dello studio.
- b) Metodi di selezione del campione: ne esistono diversi tipi, ma i due principali sono: la scelta aleatoria e il campione stratificato. Per scelta aleatoria si intende un procedimento di selezione applicato ad una serie di oggetti o di persone, in cui il caso dia a ciascuno di essi un'uguale possibilità di essere selezionati. Ciascun individuo della popolazione è designato da un numero e si estrae a sorte, la quantità di soggetti

necessari alla ricerca. La scelta aleatoria è più frequente quando il campione è omogeneo. Il campione stratificato si usa quando la popolazione è poco omogenea. Si suddivide la popolazione in “strati” omogenei. A questo punto, da ciascuno strato, si sorteggia, con metodo aleatorio, un numero proporzionale di soggetti. Questo secondo metodo è il più usato.

### ***3.19 – Raccolta dati***

In letteratura si afferma che la raccolta dei dati avviene in relazione all’approccio (retrospettivo o prospettico) della ricerca.

a) Approccio retrospettivo: designa una tecnica in cui si applicano i criteri di misura a situazioni passate. Il documento principale per un approccio retrospettivo è la cartella infermieristica o un suo equivalente (cartella integrata). L’approccio retrospettivo presenta vantaggi e svantaggi. I vantaggi sono:

- raccolta dei dati in tempo breve;
- costo relativamente basso;
- studi facili da eseguire e da ripetere.

Gli svantaggi sono:

- errori sistematici dovuti a documentazione incompleta;
- difficoltà a comparare risultati di studi diversi.

f) Approccio prospettico: designa una tecnica, che permette di eseguire un campione di soggetti, al fine di studiare i fenomeni che influenzano l'assistenza infermieristica, mentre essa si svolge. Anche questo approccio ha vantaggi e svantaggi. I vantaggi sono:

- possibilità di mettere in atto misure correttive e sperimentali durante la raccolta dati;
- maggiore affidabilità dei dati;
- possibilità di un'osservazione più dettagliata del fenomeno.

Gli svantaggi sono:

- lo studio prospettico è più lungo;
- il costo è più elevato;
- l'esecuzione di questi studi è più difficile.

Scelto l'approccio occorre scegliere lo strumento di raccolta dei dati. I più importanti sono:

- esame degli archivi e delle cartelle;
- interviste;
- questionari,
- osservazione.

a) L'esame degli archivi e delle cartelle è un tipo di raccolta indiretta, che può essere usato in entrambi gli approcci. Il rischio è che le cartelle siano completate male e che dunque, la raccolta dati sia poco accurata.

b)L'intervista può essere sia dal vivo che telefonica. Questo tipo di raccolta dei dati è più usato negli approcci prospettici. L'intervista può essere strutturata, con risposte preconfezionate del tipo SI NO, o non strutturata, cioè con risposte libere. Il rischio è che l'intervistato, si trattenga dal dare risposte negative, per paura di offendere. Infine l'intervista, richiedendo del tempo, è anche costosa.

c)Per i questionari si rimanda al cap. 5, dove questo tema viene trattato ampiamente.

d)L'osservazione, è un approccio utilizzato unicamente negli studi prospettici. Ci può essere un'osservazione, mediante soggetti preposti a tale scopo o con l'ausilio di mezzi audiovisivi. Il rischio è di avere un errore sistematico dovuto alla presenza dell'osservatore. Gli osservati potrebbero modificare il loro comportamento in relazione al giudizio dell'osservatore. In questo modo non si rivelerebbe l'assistenza infermieristica tipo di quel reparto, ma solo una rappresentazione fatta ad hoc per l'osservatore.

### ***3.20 – Analisi dei dati***

quando si analizzano i dati ottenuti con un progetto di VRQAI, occorre rispondere alle seguenti domande:

- 1) Qual è il livello di QAI (qualità dell'assistenza infermieristica) raggiunto nel settore studiato?

2) Si verifica una modificazione della QAI in rapporto ai risultati registrati precedentemente?

3) Se sì, su quali argomenti verte?.

La risposta alla prima domanda è sicuramente fondamentale per un progetto di VRQAI. Per ottenere un valore di QAI occorre attribuire ad ogni criterio utilizzato, un punteggio, cioè un valore numerico che ci permetta di misurare la qualità per quel criterio. Oltre a dare un punteggio per ogni criterio, occorre anche dare un punteggio globale sul settore sanitario studiato. Questo si ottiene comparando i valori ottenuti durante la misurazione, con i valori prefissati negli standard. Ottenere un punteggio di QAI, ha uno scarso valore se non si compara questo risultato con risultati di misurazioni precedenti. Bisogna infatti stabilire se, in quel settore sanitario, la qualità sia stazionaria, sia migliorata o sia peggiorata. A questo punto, bisogna analizzare i motivi che hanno condotto a una modifica rispetto alla QAI precedentemente misurata. I cambiamenti possono aver origine da molte cause es.: trattamenti particolari, diverse categorie di malati, maggiore collaborazione con le altre figure professionali, etc. Di fronte ai diversi valori che il punteggio può assumere, si tende a definire il valore oltre il quale è giustificato parlare di assistenza di qualità. Questo valore perno (soglia di qualità), è in genere stabilito in modo arbitrario e su varie basi.

La soglia di qualità si può stabilire mediante:

- 1) Norme minimali, che stabiliscono una soglia di qualità minima; esse rappresentano il livello minimo che deve essere realizzato affinché le attività di assistenza infermieristica si svolgano con sicurezza sufficiente per il paziente; le norme legali utilizzano generalmente il minimo esigibile.
- 2) Norme ottimali, che rappresentano la qualità ideale da raggiungere da parte dell'assistenza infermieristica; si esprimono spesso con il valore di 100%, per permettere un'agevole interpretazione dei risultati.
- 3) Norme di realizzazione corrente, stabilite secondo la media dei punteggi ottenuti, testando i gruppi-controllo.

Alla fine di un'indagine particolare, o ad intervalli regolari (mensili, trimestrali), se l'istituzione beneficia di una valutazione continua della QAI, si è soliti fornire un rapporto che espone i risultati dell'indagine e mette in evidenza i suoi punti salienti. I risultati possono presentarsi sotto forma di:

- 1) tabelle di dati generali che riassumano i punteggi ottenuti;
- 2) tabelle di dati parziali;
- 3) grafici di varia forma (diagrammi a torta, istogrammi, curve normali etc.).

Il rapporto deve concludersi con un piano d'azione per il miglioramento della qualità.

### ***3.21 – Fase dei tests***

Questa fase consiste nell'applicare in una prova pilota il metodo, durante un tempo relativamente breve, da una settimana a due mesi, secondo l'ampiezza del progetto. Durante questa prova si valutano le qualità intrinseche del metodo proposto: affidabilità, validità, sensibilità, la possibilità di generalizzazione e l'efficienza.

a)Affidabilità: esprime la fiducia che si può attribuire ai valori che lo studio ci fornisce. Esiste uno scarto fra il valore misurato (A) e il valore reale (B), questo scarto viene chiamato errore (C). Una misura sarà tanto più affidabile quanto più (A) si avvicinerà a (B) e quanto più (C) sarà vicino allo 0.

b)Validità: quando lo strumento di misura valuta realmente il fenomeno che si vuole misurare.

c)Sensibilità: qualità di uno strumento di misura, in grado di rilevare una piccola variazione di qualità e di percepire le differenze esistenti fra i diversi valori esplorati.

d)Possibilità di generalizzare: questa qualità permette di rendere lo strumento di misura, applicabile a una varietà molto estesa di istituzioni, di

situazioni, di individui. Questa qualità è molto ricercata nei metodi di VRQAI, perché consente di estendere il metodo a un controllo regionale, nazionale o anche internazionale.

e)Efficienza: rapporto costo-benefici. Gli autori dello studio devono confrontare il bilancio preventivo con i benefici possibili, e decidere, in funzione di questo rapporto, l'applicazione o non dello strumento.

### ***3.22 – Fase di esecuzione propriamente detta***

per la fase di esecuzione propriamente dettasi rimanda al capitolo 5 dove viene formulata una proposta di lavoro.

## CAPITOLO 4

### ***QUADRO LEGISLATIVO ITALIANO SUI SISTEMI DI VRQ***

#### ***4.1 – Figli della Costituzione***

Le leggi di cui riporterò i brani con i relativi commenti, sono ordinati in senso cronologico. In questo modo voglio mettere in evidenza la crescente sensibilità del legislatore, nei confronti della qualità dell'assistenza sanitaria. Prima di cominciare a commentare i contenuti di queste leggi, voglio riportare l'enunciato della legge “madre” in materia sanitaria.

**L'art. 32 della Costituzione italiana** recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...”*. Possiamo mettere in evidenza alcuni concetti: la Repubblica tutela la salute; considera la salute un diritto fondamentale dell'individuo; considera la salute un interesse della collettività; considera la salute un diritto di tutti. Da questi principi scaturisce anche la ricerca di un'assistenza di qualità e di sistemi, in grado di valutarla e migliorarla. Un'assistenza di scarsa qualità, di scarsa tempestività, non solo non garantisce questo diritto, ma procura anche ingenti sprechi economici.

#### **4.2 – L. 833/ 78**

**L’art.3 comma 2** di tale legge recita: “...*La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale...fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini*”.

Già nel 1978 la legge fissa dei livelli di assistenza da garantire che noi potremmo chiamare standard. In tale modo, si sancisce che non basta fare assistenza, ma occorre rispettare dei criteri di qualità.

**L’art. 49 comma 8** recita: “*Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi...*”.

**L’art. 51 comma 2** recita: “...*Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell’art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni...*”.

**L’art. 53 comma 10** recita: “*Il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata: ... c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un’equilibrata organizzazione dei servizi...*”.

In questi articoli si ribadisce l'importanza di indicatori e standards qualitativi, anche se l'attenzione è focalizzata principalmente sull'aspetto economico, e sulla equa distribuzione delle prestazioni sul territorio nazionale.

#### **4.3 – L. 730/ 83**

**L'art. 24 comma 1 lettera b)** recita: *“l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, della regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare la procedura per le verifiche di qualità dell'assistenza...”*.

In questa legge il richiamo alla necessità di indicatori, di standards, e all'istituzione di gruppi per la verifica della qualità, è molto esplicito. C'è da notare la completa assenza di menzione degli infermieri, forse considerati non ancora idonei per un impegno intellettuale così duro. Sono solo i medici, i professionisti chiamati a stabilire gli standards e a misurare la qualità dell'assistenza erogata.

#### **4.4 – D.M. 13 settembre 1988**

**L’art. 2 comma 2 lettera a)** recita: *“la generale attivazione in tutti i presidi dei gruppi di lavoro di verifica e revisione della qualità assistenziale...”*.

Si ribadisce la necessità di istituire gruppi interni ai vari presidi per monitorare la qualità assistenziale, ma in questa legge, forse per la prima volta, anche gli infermieri vengono menzionati come protagonisti di questo processo. E’ un primo importante riconoscimento di autonomia della nostra professione, infatti **l’art. 4 lettera C comma 2** recita: *“...Gli operatori professionali dirigenti sono da inserire presso le direzioni sanitarie con la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell’assistenza infermieristica, del controllo della qualità dei servizi infermieristici, da realizzare all’interno dei gruppi di lavoro di presidio...”*.

#### **4.5 – D.P.R. 384/90**

Rotti gli indugi, il legislatore riconosce la centralità del ruolo infermieristico per la qualità del servizio sanitario, o meglio, comprende che un servizio di qualità, deve avvalersi del contributo di tutti i professionisti erogatori. Escludendo gli infermieri dai processi di VRQ, si

escludeva la metà circa, dei professionisti della salute operanti sul territorio nazionale.

**L'art. 69 comma 1** recita: *“In ogni Regione è costituita la Commissione regionale per la verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie”*.

**Il comma 4** recita: *“La Commissione è composta da: ...c) sette esperti qualificati nei settori della valutazione delle qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie; della epidemiologia e statistica; nella formazione professionale; della assistenza infermieristica (nursing)...”*.

L'infermiere è il professionista più presente e più vicino al paziente. Il suo ruolo è specifico e diverso da quello del medico; egli è l'unico in grado di valutare la qualità dei suoi atti, poiché è l'unico ad averne piena competenza.

#### **4.6 – D.Lgs. 502/92 testo aggiornato con le modifiche del D.Lgs. 517/93**

**L'art. 1 comma 4** recita: *“Il piano sanitario nazionale indica: ...g) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti”*.

L'art. 10 è interamente dedicato al controllo di qualità, tanto che il suo titolo è : “Controllo di qualità”. Ciò indica la grande importanza che questa nozione ha assunto, almeno a livello legislativo, nel nostro Paese. **L'art. 10**

**comma 1** recita: *“Allo scopo di garantire la qualità dell’assistenza nei confronti della generalità dei cittadini è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni...”*.

Il fatto che tali controlli siano adottati in via ordinaria, sancisce ulteriormente la crescita di sensibilità del legislatore verso questa materia.

Con la riforma 502/92 e successive modifiche, l’Italia dimostra di aver recepito pienamente, le norme 31 e 38 del progetto “La salute per tutti entro l’anno 2000” della regione europea dell’OMS. Riportiamo gli obiettivi 31 e 38 di questo documento:

- obiettivo 31: entro il 1990 tutti gli stati membri dovranno aver istituito meccanismi efficaci per assicurare la qualità dell’assistenza...
- obiettivo 38: istituzione di meccanismi efficaci per una valutazione adeguata delle tecnologie sanitarie.

Già prima del 1990 il legislatore aveva dato rilievo a questo tema, ma con la riforma 502/92 e successive modifiche, la nozione dei sistemi di VRQ riceve un ampio spazio e un definitivo riconoscimento. Se inizialmente soltanto i medici erano ritenuti idonei a valutare la qualità dell’assistenza, solo in un secondo tempo sono stati coinvolti altri professionisti come gli infermieri, ma in ultima analisi, manca a questo processo, l’anello fondamentale: il cliente.

**L'art. 14 comma 2** recita: “...*Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie...*”.

**L'art. 14 comma 4** recita: “...*Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti*”. Con questa riforma il legislatore dimostra di aver compreso l'utilità di coinvolgere il consumatore nei processi di VRQ.

#### **4.7 – D.P.C.M. 27 gennaio 1994**

Con questa DPCM vengono stabiliti i principi sull'erogazione dei servizi pubblici.

**Il titolo I punto 5 comma 3** recita: “*L'utente può produrre memorie e documenti; prospettare osservazioni; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. I soggetti erogatori danno immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate*”.

**Il titolo I punto 5 comma 4** recita: *“I soggetti erogatori acquisiscono periodicamente la valutazione dell’utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo”*.

Come si può notare, uno dei principi importanti sanciti da questa DPCM è la partecipazione dell’utente al miglioramento della qualità dei servizi. Il legislatore dimostra di aver compreso che il punto di vista dell’utente, in quanto fruitore del servizio, è una risorsa rilevante per adeguare il servizio stesso alla domanda reale. In questa ottica, l’utente diventa soggetto attivo, polo di suggerimenti e decisioni. Ci sono altri concetti importanti ed innovativi in questa “Carta”.

**Il titolo II punto 1 comma 1** recita: *“Entro tre mesi, i soggetti erogatori individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio e, sulla base di essi adottano e pubblicano standard di qualità e quantità di cui assicurano il rispetto”*.

**Il titolo II punto 1 comma 3** recita: *“Gli standard sono accompagnati da una relazione illustrativa nella quale si descrivono, tra l’altro, le modalità previste per il loro conseguimento: ...i metodi di valutazione utilizzati per fissare o rivedere gli standard, con una previsione relativa alle valutazioni future...forniscono una base di comparazione per raffrontare i risultati effettivamente ottenuti con gli obiettivi previsti: descrivono gli strumenti da impiegarsi al fine di verificare e convalidare i valori misurati”*.

**Il titolo II punto 1 comma 4:** *”Gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche”.*

**Il titolo II punto 1 comma 5:** *”L’osservanza degli standard non può essere soggetta a condizioni. Essi sono derogabili solo se i risultati sono più favorevoli agli utenti”.*

**Il titolo II punto 1 comma 6:** *”Gli standard sono periodicamente aggiornati, per adeguarli alle esigenze dei servizi. Le nuove regole devono essere adottate e seguite avendo cura di ridurre al minimo le conseguenze disagiati per gli utenti”.*

**Titolo II punto 6 comma 1:** *“I soggetti erogatori assicurano agli utenti forme di rimborso nei casi in cui è possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, agli standard pubblicati”.*

I concetti principali presenti sono così riassunti: i soggetti erogatori devono pubblicare gli standard di qualità di cui assicurano il rispetto. Oltre alla pubblicazione degli standard devono essere pubblicate le modalità per il loro perseguimento e i metodi di valutazione. Gli utenti partecipano alla verifica degli standard. Gli standard una volta fissati non sono derogabili. Gli standard devono essere periodicamente aggiornati. Qualora il cittadino dimostri che il servizio ricevuto sia inferiore, per qualità e tempestività agli standard prefissati, egli ha diritto ad un rimborso.

Questo documento segna una svolta, almeno sul piano teorico, nei rapporti tra cittadino e pubblica amministrazione.

#### **4.8 – D.M. 31 marzo 1994**

I concetti espressi nella carta dei servizi pubblici vengono ripresi da questo decreto ministeriale. **L'art. 13 recita:** *“Il dirigente fornisce all'ufficio interno di controllo tutte le informazioni necessarie ad una piena valutazione dei risultati conseguiti dall'ufficio al quale è preposto, in relazione agli standard di qualità e di quantità dei servizi fissati dall'amministrazione in apposite carte dei diritti dell'utente. L'informazione è resa con particolare riguardo alle finalità di parità di trattamento tra le diverse categorie di utenti, piena informazione sulle modalità dei servizi e sui modelli di qualità, agevole accesso agli uffici, specie per gli utenti disabili, semplificazione e celerità delle procedure, osservanza dei termini prescritti per la conclusione delle procedure, sollecita risposta ai reclami, istanze e segnalazioni”.*

#### **4.9 – D.P.C.M. 19 maggio 1995. Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.**

Questo documento è fondamentale per l'acquisizione di una mentalità moderna nel concepire il servizio sanitario. In questa nuova concezione di servizio, l'utente viene posto al centro degli sforzi e degli obiettivi da

raggiungere. Ciò è confermato da quanto segue al **titolo I punto 1 comma 3** che recita: *“La Carta è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati. In particolare l’ente erogatore:*

- *adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della “Carta dei servizi;*
- *pubblicizza gli standard adottati e ne informa il cittadino, verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti;*
- *garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela rappresentata da forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività allo standard pubblicato”.*

In questa “Carta”, vediamo ribaditi anche in campo sanitario, i concetti espressi nella DPCM 27 gennaio 1994. Concetto fondamentale è il riconoscimento di poteri reali e non formali al cittadino. Egli ha diritto a conoscere gli standard di qualità e ad essere rimborsato se tali standard non vengono rispettati. Il ruolo del cittadino, per il momento solo da un punto di vista teorico, diventa sempre più centrale, attivo, moderno. Egli non è più visto come un peso e, l’esercizio dei diritti diventa norma e non più

eccezione. **I principi fondamentali di questa “Carta” sono:** *eguaglianza; imparzialità; continuità; diritto di scelta; partecipazione; efficienza ed efficacia.* La norma fissa anche dei criteri da osservare nel rapporto diretto con il paziente/cliente durante l'accoglienza e mentre si forniscono informazioni.

**Titolo III comma 1:** *“La chiarezza e la tempestività delle informazioni da fornire agli utenti è un fattore fondamentale che ogni Carta dei servizi sanitari deve contenere, poiché tale fattore è alla base di un buon rapporto tra soggetto erogatore ed utente. L'informazione deve essere data in termini chiari, da personale preparato, gentile, disponibile, accondiscendente e paziente”.*

Ogni ASL deve garantire agli utenti, oltre all'accoglienza e all'informazione, anche la tutela e la partecipazione mediante l'istituzione di un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), di cui all'art. 12 del D.Lgs. 3 febbraio 1993.

Nell'allegato 8 della “Carta dei servizi pubblici sanitari”, c'è l'elenco dei diritti contenuti nelle carte proclamate a livello locale. Vi sono 100 diritti elencati e, ognuno di essi è di grande importanza. Ne ho scelto solo alcuni che assumono valore simbolico per tutti i diritti del malato:

- **diritto 10:** *“ad avere un’assistenza medica e infermieristica adeguata per numero di operatori, loro presenza in servizio, qualificazione, professionalità e cortesia;*
- **diritto 16:** *a non fare lunghe file di attesa per le prenotazioni, per il pagamento dei ticket e per gli altri adempimenti burocratici connessi alle prestazioni sanitarie e ad avere adeguati sistemi di gestione (numero di prenotazione, sale di attesa, etc.);*
- **diritto 17:** *a essere trattato come utente pagante, senza essere costretti a chiedere favoritismi per ottenere migliori prestazioni;*
- **diritto 24:** *ad avere assistenza domiciliare se necessario;*
- **diritto 33:** *a che non ci siano barriere architettoniche;*
- **diritto 35:** *al rispetto della propria dignità, intimità e pudore;*
- **diritto 36:** *ad essere trattato con cortesia e umanità, senza arroganza;*
- **diritto 45:** *a non essere ingiuriati o insultati o ricevere trattamenti spiacevoli da parte degli operatori in seguito a qualche azione compiuta o per qualche omissione;*
- **diritto 48:** *a vedere riconosciuti i propri diritti per il degente handicappato (in particolare quello alla cura e alla riabilitazione) e la possibilità di usufruire di sedie a rotelle e altro per gli spostamenti;*

- **diritto 58:** *ad avere a disposizione una cartella clinica chiara, leggibile e contenente tutte le informazioni indispensabili sul soggetto, la malattia, etc. e una volta dimessi, a ottenere subito la cartella clinica;*
- **diritto 65:** *a non esser costretto a rimanere a letto senza giustificato motivo;*
- **diritto 96:** *ad una morte umana e dignitosa, essendo aiutato dal personale con un comportamento corrispondente anche nei confronti dei parenti”.*

## **CAPITOLO 5**

### ***PROPOSTA DI LAVORO: VALUTARE LA QUALITA' DELLA FORMAZIONE TECNICO-PRATICA DEGLI STUDENTI INFERMIERI NELLE SEDI DI TIROCINIO***

#### ***5.1 – Fare e pensare, si inizia dalla formazione?***

Dopo una prima parte descrittiva della tesi, mi è sembrato utile aggiungere una proposta di lavoro per esemplificare, a chi volesse consultare questa Tesi, l'uso operativo di un progetto di VRQAI. Il tema che sentivo più vicino a me, proprio per la condizione di studente, era la qualità della formazione tecnico-pratica nelle sedi di tirocinio. Molto spesso, infatti, ho sentito il conflitto fra il mondo della scuola e il mondo del lavoro. Questa dicotomia fra i due campi, è presente in Italia in tutti i rami professionali. Ciò è dovuto essenzialmente alla mancanza di dialogo ed integrazione fra queste due fasi di uno stesso processo. Lo studio e la formazione pratica, hanno come scopo generale quello di abilitare, nel senso di rendere abile ovvero idoneo, l'allievo alla professione prescelta. D'altro canto, chi professionista lo è già diventato, ha continuamente bisogno di tenersi aggiornato sulle nuove teorie e sulle nuove tecnologie, perché altrimenti

rischia di diventare incompetente nel suo stesso campo. Il professionista ha cioè bisogno di mantenere un suo legame con il mondo culturale che lo ha formato, per continuare a crescere ed a competere con la “modernità”. In Italia non sempre questo avviene. Spesso, al contrario, si assiste ad una netta frattura fra il mondo della scuola e quello delle professioni. Si capisce sin dai primi giorni di tirocinio di appartenere a due mondi distinti, che non hanno voluto o saputo confrontare i loro reciproci interessi. Purtroppo, a perdere in questa contrapposizione, non sono solo le due parti confliggenti, ma anche il cliente, a cui viene tolto il valore aggiunto della qualità. Solo alla fine del terzo anno di corso, lo studente percepisce, in una sorta di attrazione – repulsione, di appartenere ormai a due mondi che non si capiscono; c'è un conflitto, fra il desiderio di custodire i valori appresi durante la formazione, la consapevolezza di non aver sufficientemente sperimentato le proprie conoscenze e la paura di non essere in grado di integrarsi nel mondo del lavoro. E' proprio a partire da questa condizione, che mi è sembrato utile proporre un progetto di lavoro su questo argomento.

## ***5.2 – Fasi del progetto di valutazione***

Trovandomi alle prime armi con la metodologia della VRQ, avevo bisogno di un progetto di lavoro chiaro e maneggevole. Leggendo molti articoli a

disposizione su questa materia ho trovato uno schema sulla metodologia della valutazione che rispondeva alle mie esigenze (4).

### **La metodologia della valutazione**

La metodologia comprende le seguenti tappe:

- Scelta del tema
- Esame del tema
- Scelta della popolazione
- Elaborazione dello strumento di misurazione
- Convalida dello strumento di misurazione
- Prima misurazione
- Messa in evidenza ed analisi degli scarti
- Ricerca e scelta delle misure correttive
- Piano di cambiamento
- Seconda misurazione
- Continuazione del mantenimento della qualità.

### ***5.3 – Valutare la qualità della formazione tecnico-pratica nelle sedi di tirocinio***

Presento ora, affidandomi alla metodologia sopra esposta, il progetto di lavoro.

Scelta del tema : valutare la qualità della formazione tecnico-pratica dello studente nelle sedi di tirocinio.

Obiettivo generale: valutare se la sede di tirocinio, sia l'ambiente organizzativo nel quale lo studente infermiere ha la possibilità di identificare il suo ruolo professionale, di applicare il processo di nursing, di esercitare le funzioni previste dal D.M. 739/94 comma 3 punto c): “pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico”; verificare il proprio apprendimento e addestramento secondo il percorso formativo predefinito.

Esame del tema (14): si parla spesso di indicatori clinici ma molto meno di indicatori della formazione. Eppure servizi e formazione sono strettamente collegati, e dunque va posta molta attenzione anche al continuo miglioramento del processo educativo. Questo argomento è attuale nel nostro Paese nel campo dell'educazione generale, e quindi anche nella formazione infermieristica, soprattutto dopo l'accesso all'Università. Oggi si preparano gli infermieri di domani e si investono risorse per un risultato futuro: la formazione deve essere dinamica, entusiasmante, monitorata e valutata perché costa. Bisogna fare delle scelte, affinché il tempo e le risorse siano spese al meglio. Sono dunque necessari degli indicatori che possano aiutarci a monitorare le attività didattiche e che offrano riferimenti validi per la valutazione. L'indicatore da solo, non può essere usato come

99

misura della qualità ma come segnale di una certa area di problematicità, di una certa area che dovrà essere studiata. La letteratura infermieristica è povera di ricerche sugli indicatori nella formazione, pertanto è necessario studiare le ricerche sulla formazione in generale. Pur riconoscendo, in linea teorica, che i veri indicatori della formazione infermieristica dovrebbero essere riferiti al mondo del lavoro degli ex studenti, alla performance dei professionisti, ed in ultima analisi agli outcome (risultati) dei clienti, rispetto al loro soddisfacimento, è tuttavia fondamentale analizzare il processo ed il percorso educativo, attraverso le sue componenti, al fine di avere degli strumenti d'intervento. Infinite sono le variabili che influiscono su questo processo. E' allora importante decidere quali variabili o criteri si vogliono studiare. In termini di formazione è evidente la necessità di mettere in luce quali siano le funzioni importanti e stabilire dei criteri sui quali ricavare gli indicatori. E' altresì importante stabilire chi effettua la valutazione. La valutazione tra pari, per esempio tra scuola e reparti, è poco usata, e potrebbe diventare un indicatore, perché utile a coprire il gap esistente tra la teoria e la pratica. Le domande da porre, per cercare gli indicatori, sono sempre le stesse: gli obiettivi della scuola del corso di studi, del tirocinio, esistono? Sono chiari e ben definiti? Sono conosciuti da tutti: studenti, insegnanti, infermieri? Sono condivisi? L'insegnante, il tutor, il mondo del lavoro, si preoccupano dei bisogni dello studente? Esiste

un monitoraggio continuo dell'evoluzione e degli eventuali momenti critici dello studente? E molte altre ancora. Come si è già avuto modo di accennare, la letteratura infermieristica è povera di indicatori rispetto ai dati qualitativi, come il rapporto con gli studenti, la percezione dello studente e la valutazione dell'insegnamento data dallo studente, in quanto l'uso di indicatori qualitativi è significativamente più impegnativo e forse i docenti temono o più semplicemente non considerano gli studenti. Riteniamo, anche con riferimento ai fattori che la Commissione Americana per l'Accreditamento degli Ospedali suggerisce per monitorare il processo di valutazione nei servizi sanitari, e nella formazione, che sia fondamentale (14):

- 1) sapere chi è responsabile della valutazione generale dei corsi e della formazione;
- 2) definire per scritto lo scopo della formazione data da una certa istituzione;
- 3) definire i livelli di formazione con indicatori relativi agli aspetti più importanti della stessa;
- 4) identificare indicatori e criteri che permettano di monitorare gli aspetti particolari;
- 5) stabilire i livelli soglia che siano significativi per la valutazione;
- 6) monitorare e raccogliere i dati di ogni indicatore;

- 7) valutare i livelli soglia con lo scopo di migliorarli;
- 8) migliorare o correggere i problemi identificati;
- 9) valutare l'efficacia della formazione e monitorare il miglioramento;
- 10) rendere noti i risultati al fine di migliorare i risultati d'insegnamento.

Come sarà chiaro dal questionario, il mio interesse principale era quello di rilevare quanto infermieri e studenti, fossero coinvolti nello stabilire gli obiettivi formativi, e quanto li condividessero.

Scelta della popolazione: il questionario, proprio per le intenzioni che si propone, va somministrato sia agli infermieri che agli studenti. Ritengo infatti, che ambedue i soggetti siano competenti per fornire i dati relativi agli indicatori ivi proposti.

Elaborazione dello strumento di misurazione: nel testo (8), il questionario scritto è menzionato come uno degli strumenti per la raccolta dati. Il questionario è definito nello stesso testo come: “un documento che comprende una serie di domande poste a determinati soggetti, invitati a scrivere personalmente le loro risposte.... è utilizzato indistintamente sia negli approcci prospettici che retrospettivi”. Il questionario può essere strutturato o non strutturato ovvero le domande possono essere chiuse (es. rispondere SI NO ) oppure aperte, cioè con risposta completamente libera ai quesiti. I vantaggi e gli svantaggi del questionario sono ampiamente documentati. È proprio per i vantaggi che offre questo strumento, che ho

deciso di utilizzarlo in questo progetto. E' uno strumento economico, maneggevole, rapido da somministrare e rapido nel restituire i dati, l'assenza dell'intervistatore annulla l'errore sistematico dovuto alla sua presenza, se anonimo, chi lo compila è più propenso ad essere onesto nelle risposte (8,17). Tutto ciò collima perfettamente con l'intenzione di avere un primo approccio pedagogico con i sistemi di VRQAI. Per la costruzione del questionario mi sono avvalso dell'ausilio di un progetto per l'accREDITAMENTO delle sedi di tirocinio (9). A partire da questo documento, ho riformulato gli standard, in modo che fossero rispondenti all'obiettivo generale fissato. Ho selezionato i criteri che fossero in logica relazione sia con gli standard che con l'obiettivo generale. Ho ritenuto utile modificare la risposta numerica, che nel lavoro citato vanno da 5 a 8, introducendo valori da 0 a 10. In questo modo chi ha dato una risposta verbale negativa, può dare più agevolmente anche la risposta numerica, intendendola come un voto da dare a ciascun criterio.

## **QUESTIONARIO**

### **Foglio di presentazione:**

Il questionario che segue ha lo scopo di valutare la qualità della formazione nelle sedi di tirocinio. Esso costituisce la parte finale della tesi da sviluppare con l'ausilio dei relatori D.A.I. Rovere Marcello e D.A.I. Campitelli Stefania. Chi vi somministra il questionario è lo studente

infermiere Avella Antonio n. di matricola SLU 0014, diplomando infermiere, presso la facoltà di medicina e chirurgia di TOR VERGATA. Ogni questionario rimarrà anonimo e pertanto i risultati potranno essere oggetto di pubblicazione in riviste scientifiche ,solo a scopo didattico.

IL questionario è uno strumento per ragionare, evidenziare problemi e carenze, non serve per giudicare.

### **Guida alla compilazione.**

Nel questionario sono fissati 4 standard di qualità per le sedi di tirocinio, più uno standard per valutare l'efficacia del questionario (standard = livello di qualità che deve essere raggiunto); per ogni standard vengono stabiliti alcuni criteri ed eventuali sotto-criteri (criterio = elemento che permette di dare un giudizio valutativo e di misurare la qualità di un determinato aspetto dell'assistenza infermieristica). Ogni criterio è formulato mediante un quesito. Ad ogni quesito bisogna dare due risposte. La prima risposta è verbale: si sbarra il SI oppure il NO. La seconda risposta è numerica, e si può considerarla come un voto, per esprimere quanto il criterio sia presente nella sede di tirocinio. Esprimere il voto, scrivendo nella casella vuota, un valore numerico da 0 a 10.

### **Tema del questionario.**

Valutare la qualità della formazione tecnico-pratica degli studenti nelle sedi di tirocinio.

**Obiettivo generale.**

Valutare se la sede di tirocinio sia l'ambiente organizzativo nel quale lo studente infermiere ha la possibilità di identificare il suo ruolo professionale. Applicare il processo di nursing. Esercitare le funzioni previste dal D.M. 739/94 all'art 1 comma3: "c) pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico". Verificare il proprio apprendimento ed addestramento, secondo il processo formativo prefissato.

**STANDARD 1:** Gli infermieri di questa unità operativa conoscono e concordano sugli obiettivi di tirocinio degli studenti infermieri.

**Criterio 1 :** Il personale infermieristico conosce gli obiettivi di tirocinio degli studenti infermieri.

SI NO

☐

**Criterio 2 :** Il personale infermieristico concorda sugli obiettivi di tirocinio.

SI NO

☐

**Criterio 3 :** Gli strumenti di valutazione dello studente sono definiti dagli infermieri insieme al tutor di tirocinio e alla direzione infermieristica del corso.

SI NO

☐

**Criterio 4 :** La valutazione viene effettuata dal gruppo infermieristico insieme alla caposala e comunicata allo studente.

SI NO

☐

**Criterio 5 :** La valutazione viene effettuata in presenza dello studente.

SI NO

☐

**Criterio 6 :** La scheda di valutazione viene illustrata dal tutor di tirocinio al personale infermieristico del reparto.

SI NO

☐

**Criterio 7 :** Il personale infermieristico ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere studenti infermieri.

SI NO

☐

**Criterio 8 :** Il personale infermieristico ha chiara la funzione educativa nei confronti degli studenti espressa nel “profilo professionale”.

SI NO

☐

**STANDARD 2 :** L'unità operativa è organizzata per rispondere ai bisogni dell'utenza, ai bisogni formativi degli studenti ed utilizza processi e strumenti adeguati a garantire il raggiungimento di questi obiettivi.

**Criterio 9 :** E' presente una raccolta delle procedure scritte relative a :

**9.1 :** Informazioni all'utente

SI NO

☐

**9.2 :** Attività pratiche professionali es. protocolli.

SI NO

☐

**9.3 :** Sistema informativo es. schede, modulistica.

SI NO

☐

**9.4 :** Comportamenti preventivi relativi ai rischi per operatori ed utenti es. verso infezioni, infortuni...

SI NO

☐

**Criterio 10 :** il modello organizzativo dell'unità operativa permette allo studente di:

**10.1 :** Identificare i problemi/bisogni del paziente.

SI NO

☐

**10.2 :** Pianificare gli interventi.

SI NO

☐

**10.3 :** Attuare l'assistenza personalizzata.

SI NO

☐

**10.4 :** Valutare i risultati del proprio lavoro.

SI NO

☐

**10.5 :** Utilizzare lo strumento piano di assistenza.

SI NO

☐

**STANDARD 3 :** Lo studente viene guidato, sostenuto, istruito e valutato costantemente durante l'attività di tirocinio.

**Criterio 11 :** All'interno dell'unità operativa è individuata almeno una guida di tirocinio.

SI NO

☐

**Criterio 12 :** Il gruppo infermieristico guida l'attività dello studente attraverso:

SI NO

☐

**12.1 :** Sorveglianza sull'applicazione delle tecniche.

SI NO

☐

**12.2 :** Osservazione del comportamento rivolto al paziente.

SI NO

☐

**12.3 : Osservazione del comportamento rivolto agli operatori.**

SI NO

☐

**12.4 : Analisi dei casi.**

SI NO

☐

**STANDARD 4 :** Le risorse umane e materiali permettono l'integrazione studente – operatore.

**Criterio 13 :** Sono effettuate dalla caposala riunioni mensili con il personale dell'unità operativa alle quali partecipano anche gli studenti.

SI NO

☐

**Criterio 14 :** Di ogni riunione è conservato, a disposizione di tutti, il verbale.

SI NO

☐

**Criterio 15 :** Gli studenti valutano con il gruppo dell'unità operativa il livello di integrazione raggiunto.

SI NO

☐

**STANDARD 5 :** Valutazione del questionario.

**Criterio 16 :** Il questionario è scritto in modo chiaro e comprensibile.

SI NO

☐

**Criterio 17 :** Ritieni utile averlo compilato.

SI NO

☐

**Criterio 18 :** Il tirocinio è un aspetto importante della professione infermieristica.

SI NO

☐

**Criterio 19 :** Il rapporto con lo studente è un peso.

SI NO

☐

**Criterio 20 :** Il rapporto con lo studente accresce la professionalità dell'infermiere.

SI NO

☐

**Criterio 21 :** Avere una buona integrazione operatore/studente migliora la qualità dell'assistenza.

SI NO

☐

**Criterio 22 :** Una più costante valutazione della qualità, nelle sedi di tirocinio, favorisce la crescita professionale.

SI NO

☐

Ti ringrazio per la collaborazione e per il tempo che hai dedicato al questionario.

## Conclusioni

Molte cose sono state dette sulla qualità, sulla necessità dei metodi di VRQ, sui richiami legislativi in questa materia. Il tema non è stato sicuramente trattato nella sua globalità. Molti potrebbero essere gli spunti di approfondimento. Uno è già stato proposto nel cap. 5 con la proposta di lavoro. Un altro tema di approfondimento potrebbe essere la verifica nella propria ASL, di quanti e quali, dei principi enunciati nelle leggi in materia sanitaria, vengono realmente rispettati. Ad es.: “La ASL pubblica regolarmente gli standard quali-quantitativi che intende rispettare?. Pubblicizza e rende noto ai suoi assistiti questi standard?. Ed infine , controlla il rispetto di tali standard?. Pubblica i risultati dei controlli fatti?. Rende noti questi risultati? Etc. Sarebbe una ricerca interessante...non credete?.

Il concetto forse fondamentale di questa tesi, è che i sistemi di VRQ non possono rimanere soltanto dissertazioni teoriche, ma devono diventare pratica quotidiana, così come è sancito dalle leggi, e che il luogo giusto, per cominciare a modificare la nostra cultura assistenziale, è certamente la scuola.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. BONALDI A, FOCARILE F, TORREGGIANI A. Curare la qualità. Milano: Guerini ed Associati, 1994.
2. BRUGNOLI A, CONIGLIARO L, FRANZINI A, et al. Qualità, Accredimento, Indicatori. Roma: Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1998.
3. CAVICCHIOLI A, CANOVA M, CASSON P, POMES A, TRONCA A, ZANELLA G. Le teorie che sostengono l'infermieristica. Il concetto di bisogno e l'introduzione al processo assistenziale. In: NEGRISOLO A, ORTELLI S, TRONCA A. Elementi di base dell'assistenza infermieristica. Milano: Ambrosiana, 1994: 75-122.
4. COLLEONI L. La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica. Scripta manent 1996; 9-10: 2-6.
5. CONTI M, BORDONI C, CATARSI C, et al. Dizionario italiano ragionato. Firenze: D'anna Sintesi, 1989.
6. GARDINI A. Cambiamento e persistenza nella quality assurance. QA 1990; 5-6: 9-16.
7. GRENIER R, DRAPEAU J, DESAUTELS J. Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica. Milano: Sorbona, 1992.

8. JACQUERYE A. Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica. Firenze: USES Edizioni Scientifiche, 1987.
9. LAVALLE T. Criteri di accreditamento delle sedi di tirocinio per la formazione tecnico-pratica degli studenti infermieri. NEU 1997; 1: 62-67.
10. LUSIGNANI M. DRG's e assistenza infermieristica: quali influenze sulla qualità delle prestazioni. Prof inf 1997; 50(4): 3-10.
11. MAGNANI M, SGARIBOLDI L, PATRINI G, BRAGA G. Uno strumento per la misurazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata in ospedale. Riv inf 1997; 16(3): 151-159.
12. MAROTTA A. Qualità totale: obiettivo prioritario per migliorare le prestazioni delle aziende sanitarie. Prof inf 51(3): 41-45.
13. NEGRI M, CITTERIO S, VALLE G. Il tirocinio nella formazione infermieristica: cosa ne pensano gli studenti. Nursing oggi 1997; 4: 30-37.
14. SANSONI J. Indicatori di qualità e formazione infermieristica. In: Atti del V Congresso nazionale della società italiana di verifica e revisione della qualità. Corso di formazione sulla valutazione di efficienza nei servizi sanitari. Qualità è efficacia. Padova, 21-25 ottobre 1992. Ig San Pubbl, 1995: 133-142.

- 15.TOSCO S. Costruzione di indicatori di qualità a partire dalla Carta dei servizi: esperienza in un poliambulatorio. Nursing oggi 1997; 1: 13-25.
- 16.VIGNALI A. Natura e scopi della verifica e revisione della qualità dell'assistenza. Prof inf 1999; 52 (1): 30-33.
- 17.WRIGHT CC, WHITTINGTON D. VRQ Verifica e revisione della qualità. Milano: Ambrosiana, 1995.

### **Riferimenti legislativi**

- Art. 32 Costituzione italiana
- L. 833/78
- L. 730/83
- D.M. 13 settembre 1988
- D.Lgs. 502/92
- D.Lgs. 517/93
- D.P.C.M. 27 gennaio 1994
- D.M. 739/94
- D.M. 31 marzo 1994
- D.P.C.M. 19 maggio 1995