

L'Infermiere Nel Processo Di Controllo Della Qualita'

di Egman Sabrina, Giammona Santa, Ziino Colanino Maria, Cappello Giancarlo, Lombardo Rosario, Marchese Filippo

Nursing Education Department ISMETT (Istituto Mediterraneo dei Trapianti, Palermo)

Ogni infermiere oggi, nello svolgimento della sua professione di cura, ha l'onere di mettere ordine, individuare priorità, entrare nel merito dei valori, per evitare che per alcuni diventi impossibile conservare o riconquistare quel bene prezioso che è la propria salute.

Prendersi cura è un impegno globale a 360 gradi. E' un'operazione con numerose sfaccettature e con tante implicazioni, dove ormai è necessario porre attenzione sia

alla gratificazione dell'utente/cliente e di se stessi, sia all'aspetto economico. Far conciliare questi ambiti, è non sempre immediato e a portata di mano, perché le aspettative e le richieste proprie e altrui non sempre possono essere giustificate o soddisfatte. L'equilibrio sta nel conciliare ciò che si può fare con ciò che si deve e si ritiene giusto fare, rispettando e armonizzando le leggi dello stato e le leggi morali con i bisogni propri e altrui, per garantire qualità all'assistenza.



Cenni di storia e alcune definizioni della qualità

La prima definizione di qualità in sanità appare nella letteratura medica nel 1933 per opera di Lee e Jones che definiscono la qualità dell'assistenza come "l'applicazione di tutti i servizi della moderna medicina scientifica necessari ai bisogni della popolazione".

Negli Anni '60, mutuando dall'industria il concetto di qualità di Crosby, Avedis Donabedian, considerato un leader della teoria e della gestione della qualità delle cure, definisce la qualità della cura come "il grado con cui l'assistenza è conforme agli attuali criteri di buona medicina", includendo quindi nella definizione anche il concetto di valutazione. L'industria, apparentemente così lontana dalla Sanità, ha continuato a fornire cultura della qualità, tanto che anche le attuali ISO 9000, applicate alla sanità, sono da essa mutate e costituiscono ormai un consolidato riferimento per questo settore.

Nella successiva definizione dell'Associazione Medica Americana è di buona qualità la cura che contribuisce in modo consistente a migliorare e a mantenere qualità e durata della vita, introducendo concretamente il principio di risultato. Nell'accezione più recente dell'Istituto di Medicina statunitense la qualità consisterebbe nel grado con il quale il servizio sanitario aumenta la probabilità del risultato di salute atteso ed è coerente con le conoscenze mediche correnti; questa è una definizione più articolata che associa i requisiti di risultato (outcomes) all'appropriatezza della procedure impiegate.

Sicuramente diverse definizioni sono possibili e legittime, dipendendo dal sistema nel quale si opera e dalla natura e dal grado di responsabilità di chi opera.

In Italia da poco tempo è entrato il concetto di qualità nei servizi offerti, perché fino ad ora la garanzia dell'efficacia del servizio reso era insita nella struttura stessa. Con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 è avvenuto un cambiamento essenziale, perché vengono inseriti anche nella Sanità i concetti di efficacia, efficienza e qualità e con essi la possibilità e il dovere di verificare il raggiungimento del servizio reso e la sua qualità.

Per rendere misurabile la nostra attività vengono introdotti gli indicatori di qualità, che si definiscono come quel termine oggettivo e oggettivabile, attraverso un valore numerico, che consente la valutazione di una determinata prestazione o processo. Nel processo assistenziale ci orientano gli indicatori, posti come standard di riferimento, quali parametri a cui tendere per il miglioramento della qualità, poiché riconosciuti come ottimali.

Da qui così nascono la Carta dei Servizi, la VRQAI e quant'altro determini il controllo della qualità del prodotto, stabilito sempre come la « Salute », bisogno fondamentale di ogni cittadino e di tutta la Società, sicuramente di ogni UOMO, inteso come un'unità psicofisica in equilibrio all'interno di una sua realtà sociale.

Cos'è la qualità?

> La risposta al quesito non è univoca ed è influenzata dall'osservatorio dal quale si analizza il fenomeno, anche perché gli attributi della qualità sono numerosi:

- La qualità percepita (dentro di sé).
- La qualità ricevuta (dall'ambiente lavorativo: medici, infermieri, azienda).
- La qualità prodotta (per ogni singola prestazione).
- La qualità fornita (complessivamente al paziente, all'azienda, al proprio gruppo di lavoro, alla collettività).

Ognuna di esse ha un suo valore, una sua connotazione in positivo o in negativo, che

dipende dalla variabilità individuale, dalle caratteristiche psico-dinamiche, dal grado di integrazione nel gruppo e da tutti quegli elementi alla base dei complessi rapporti operatori-pazienti, medico-infermiere, operatori-struttura sanitaria, operatori con il proprio sé, e da cui derivano soddisfazione o frustrazione, o ancora conflittualità.

La risposta dipende anche dall'epoca storica di osservazione, come sintetizzato nella successiva tabella:

Tabella n° 1 Le ere della qualità

	Era pre-moderna Qualità Medica	Era moderna	Era post-moderna Qualità organizza
Buona Medicina	Quale trattamento dà maggiore beneficio al paziente	Quale trattamento rispetta il malato e le sue scelte	Quale trattamento è più efficiente per risorse e procedure per pazienti/utenti soddisfatti?
Ideale Medico	Paternalismo benevolo (scienza e coscienza)	Autorità condivisa	Leadership e scienza organizzativa
Buon Paziente	Obbediente	Partecipazione moderata	Cliente giustamente consolidato e soddisfatto
Buona Relazione	Alleanza terapeutica	Partnership (professionista-utente)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente) Contratto di assistenza/popolazione
Buona Assistenza	Solo infermieristica: esecutore delle decisioni mediche	Facilitata dalla comunicazione beneficio per i malati	Manager responsabile della qualità dei servizi forniti

La risposta più attuale, poiché l'epoca dei DRG ha reso palese che ogni prestazione ha un costo e che non si può più prescindere dal criterio di compatibilità fra limitatezza di risorse e potenzialità infinita della domanda, potrebbe essere:

La qualità in sanità è probabilmente la difficile arte di fornire le migliori risposte possibili e compatibili con il livello delle conoscenze, con la speranza di vita, con le risorse disponibili di uomini e mezzi e con il rispetto delle regole etiche.

La Nostra Professione Di Infermieri Per La Qualita'

Se, come abbiamo sopraddetto, la «Salute» è un bisogno fondamentale di ogni UOMO, inteso come un'unità psicofisica in equilibrio all'interno di una sua realtà sociale a chi spetta individuare i bisogni dell'uomo quando l'equilibrio si rompe? A chi spetta individuare gli obiettivi da raggiungere per cercare di ripristinare un nuovo equilibrio? A chi spetta sostituirsi nelle funzioni, e fino nei gesti più semplici, se non all'infermiere?

Tutto ciò riporta in primo piano la gestione della nostra stessa Professione di Infermieri nel creare e far migliorare il prodotto "Salute", attraverso un'assistenza fornita:

-con efficacia, cioè determinando il risultato con pienezza e completezza,
-con efficienza, cioè sfruttando le risorse nel miglior modo e raggiungendo lo scopo nel minor tempo,
-con la possibilità e l'occasione, attraverso gli strumenti che possiede, di giudicare e indicare i mezzi e le risorse per migliorare il servizio.

Come garantire una buona qualità dell'assistenza è oggi probabilmente uno dei tanti maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare, anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini. Noi tutti, infatti, abbiamo aspettative di qualità, e non è più sufficiente che l'assistenza sia "abbastanza" buona, deve essere migliore, e se non basta, la vogliamo "eccellente".

D'altra parte, la qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso di fattori che riassumono le capacità di gestione di un sistema sanitario: la razionalità nell'uso delle risorse disponibili, la competenza nel governo delle innovazioni biomediche, la gestione del rischio, la capacità di indirizzare i comportamenti professionali degli operatori verso scelte diagnostico-terapeutiche giuste ed efficaci.

Dentro la tematica generale della qualità dell'assistenza bisogna far coesistere la necessità di erogare in modo appropriato interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo e l'esigenza di orientare nella pratica, in un contesto assistenziale molto articolato, l'utilizzo di tecnologie sanitarie sempre più complesse e sofisticate. Occorre allora definire i bisogni assistenziali da garantire, così da fornire tempestivamente al paziente la risposta giusta al momento giusto e nel luogo giusto senza spreco di risorse umane e tecnologiche, al fine di mantenere la sostenibilità del sistema.

La Clinical Governance oggi ci fornisce non solo gli strumenti, ma declina la strada e le strategie per quantificare, monitorare, verificare e mantenere nel tempo una qualità assistenziale che miri all'eccellenza. Infatti, gli strumenti dettati dalla Clinical Governance, ci indicano non solo le macroaree di valutazione ma anche quelle componenti che debbono orientare le scelte sanitarie.

Per Governo Clinico s'intende un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, e valorizza il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità.

Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, vengono impiegate varie metodologie e strumenti:

- . le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia,
- . la gestione del rischio clinico,
- . i sistemi informativi costruiti dalla cartella clinica integrata informatizzata,
- . la valorizzazione del personale e la sua relativa formazione,
- . la integrazione disciplinare e multi-professionale,
- . la valutazione sistematica delle performance per introdurre innovazioni appropriate e con il coinvolgimento di tutti i soggetti, compresi i volontari e la comunità

Questi sopraelencati a loro volta riguardano le seguenti macroaree: garanzia e sviluppo della qualità clinica, coinvolgimento del paziente, degli informal caregivers, delle

organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e del volontariato, coinvolgimento e sviluppo del personale, gestione e sviluppo dell'organizzazione (con particolare attenzione al sistema informativo), immagine sociale.

Il Governo clinico può contribuire a integrare una serie di elementi utili per assicurare omogeneità alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale, per qualità e quantità e per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, e per attuare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sull'appropriatezza e sulla centralità del paziente.

Noi Infermieri siamo dunque chiamati a contribuire e impegnarci con la nostra Professione per assicurare alla sanità pubblica le migliori competenze e ridare fiducia ai cittadini nel sistema, mettendoli realmente al centro delle cure. Dobbiamo allora procedere con rapidità all'innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso l'introduzione di tecnologie di prevenzione del rischio di malpractice. Dobbiamo partecipare attivamente alla costruzione di quel secondo pilastro della sanità pubblica, che è la medicina del territorio, partendo dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e della integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette. Dobbiamo aprire senza paura il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sull'utilizzazione d'indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate. Dobbiamo aumentare la trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale, e dalla ridefinizione delle norme sul reclutamento della dirigenza e sulla progressione delle carriere.

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione dei seguenti elementi che sono tra di loro, interconnessi, complementari e integrati, e che soltanto ai fini descrittivi sono considerati separatamente: la formazione continua, la gestione del rischio clinico e gli audit clinici, la medicina basata sull'evidenza (EBM, EBHC, utilizzo di linee guida cliniche e percorsi assistenziali), la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, il monitoraggio degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti e la valutazione del personale.

Trattandosi di governo di sistema, è evidente che gli aspetti economico-finanziari devono essere accortamente considerati e gestiti in forma strumentale alla realizzazione delle scelte di politica e di strategia assunte.

La realizzazione delle attività di Governo clinico, e di tutte le sue estensioni, trova la migliore collocazione in un contesto organizzativo di tipo dipartimentale, perché il dipartimento favorisce il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura, integrando gli elementi sopra menzionati. Qui importante è il ruolo dei dirigenti, e in particolare del direttore di dipartimento che deve non solo assicurare una vision, che tracci lo sviluppo verso cui l'organizzazione tende in un determinato periodo, compatibilmente con la programmazione aziendale, ma deve anche condividerla con noi operatori per raggiungere gli obiettivi stabiliti sia di esito che di produttività ed impatto sociale.



I Protagonisti Della Qualità

In campo sanitario i soggetti interessati a iniziative di valutazione della qualità delle cure sono diversi: pazienti, medici e infermieri, amministratori, e ognuno è portatore di differenti punti di vista basati sulle rispettive attese.

I pazienti sono più interessati all'accessibilità e alla comodità delle prestazioni.

Gli amministratori rivolgono maggior attenzione alla produttività e all'equa distribuzione delle risorse, enfatizzando una logica di azione di tipo economico, considerando più la salute dell'intera popolazione che quella del singolo.

I medici e gli infermieri prestano necessariamente maggior attenzione alla qualità tecnico-professionale e ai risultati clinici, dando maggior enfasi al risultato di salute conseguito dal singolo paziente.

I medici e gli infermieri tendono a favorire l'eccellenza tecnica e gli aspetti dell'interazione tra operatore e paziente. Riguardo alla qualità tecnica della cura, i requisiti fondamentali sono l'appropriatezza del servizio fornito e l'abilità con la quale la cura appropriata è erogata, senza trascurare la tempestività di esecuzione e il necessario equilibrio nelle scelte inerenti la valutazione del rischio/beneficio e le problematiche etiche. Riguardo alla qualità dell'interazione fra operatore e paziente dipende invece da più elementi tra loro correlati: la qualità della comunicazione, l'abilità di creare la fiducia del paziente, l'abilità di trattare il paziente con attenzione, empatia, sensibilità.

Noi infermieri in particolare, proprio per la peculiare caratteristica della nostra professione, manteniamo l'attenzione sul paziente nel suo insieme, individuandone i bisogni e sostituendolo dove necessario nelle sue funzioni, con un approccio olistico che non contrasta ma supera la medicina dell'iperspecializzazione e della gestione.

In questi ultimi anni è molto aumentata l'attenzione verso la qualità percepita, per cui sono diventati importanti altri aspetti della qualità. Il primo è il riconoscimento delle preferenze, delle attese e dell'autonomia decisionale del paziente, un aspetto che in passato è stato molto sottovalutato nella convinzione che il paziente, per una conoscenza talora molto limitata della qualità tecnica, avesse una scarsa capacità di giudizio.

Il secondo, nato con l'aziendalizzazione del servizio sanitario, è la soddisfazione dell'Organizzazione / Azienda, quando acquirente del servizio (purchaser), che tende a porre maggior enfasi sugli aspetti della cura che riflettono il funzionamento del sistema, come l'accessibilità ai servizi, intesi in termini di tempi d'attesa e di disponibilità di servizi specialistici.

Quest'accentuata attenzione alla qualità percepita potrebbe indurre a pensare che la società civile non sia più sufficientemente interessata a ciò che è considerata l'essenza dell'assistenza sanitaria, "la cura". Esiste il reale rischio che si enfatizzino aspetti marginali della qualità a sfavore di quelli essenziali, dove rimane sempre centrale il rapporto operatore-paziente in una visione d'insieme, che ha come proprio obiettivo la salvaguardia della salute, la sopravvivenza degli individui e la loro qualità della vita, anche se condizionata dalla malattia e quindi relativa allo stato di salute.

Per questo motivo è in ogni caso indispensabile che gli strumenti di rilevazione e di verifica della qualità delle cure sappiano integrare le attese dei molti gruppi interessati perché essi hanno punti di osservazione differenti, che vanno dal sé (il paziente) alla popolazione intera (gli amministratori).

In questa situazione, noi operatori della medicina direttamente a contatto con la sofferenza dei singoli pazienti, pur all'interno delle sempre più forti limitazioni economiche imposte dalla società, abbiamo ancora come precipuo impegno di tutelare gli interessi del singolo paziente che si rivolge a noi.

Inoltre, dopo anni di contabilità libera e di risanamento economico a piè di lista (indipendente dalla quantità e dalla qualità delle prestazioni erogate), dobbiamo vedere e vivere l'aziendalizzazione della sanità, con la definizione della spesa sanitaria entro limiti concordati, non come un problema ma come un'opportunità per dare valore alla qualità delle cure, non solo nella dimensione più ovvia, la gestionale e di controllo di spesa, ma anche nella dimensione tecnico-professionale e di relazione tra questi diversi livelli di intervento. La necessità di un efficace e appropriato uso delle risorse (umane, di conoscenze ed economiche) ci può fornire sicuramente l'occasione per raggiungere livelli nuovi di qualità

Se volessimo quindi proporre una definizione aggiornata della qualità delle cure che tenga conto e integri i punti di vista dei tre principali attori del sistema sanitario, il paziente, il medico/infermiere quale fornitore delle cure, l'amministratore potremmo dire che:

la qualità delle cure è la capacità di aumentare la probabilità di soddisfare i bisogni del paziente, secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili.

Le Dimensioni Della Qualità'

Da quanto detto finora, ne consegue una multidimensionalità della qualità in medicina, ed è cruciale per una bontà del risultato guardare sempre all'insieme di queste dimensioni. Riassumendo, vi sono:

- una qualità percepita riguardante gli aspetti funzionali ed espressivi,
- una qualità strutturale riguardante l'adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza e tecnici, ma anche le capacità del personale,
- una qualità tecnica o strumentale attinente la cosiddetta qualità progettata,

- una qualità relazionale o organizzativa che presiede le interazioni fra la struttura e chi usufruisce del servizio, sia che la richiesta provenga dall'interno della struttura (cliente interno) sia che giunga dall'esterno, dal paziente, dal medico di famiglia o da un'altra Organizzazione.
- una qualità della gestione, che impegna a verificare l'appropriatezza dell'azione rispetto ai fini da conseguire, e che comporta sia un'acuta sensibilità per il bene comune e l'equità sociale sia l'attenzione agli interessi dell'Azienda.

La presenza di queste diverse dimensioni impone che la qualità della cura venga valutata a vari livelli, dalla cura fornita dal singolo medico ed infermiere, alla cura fornita da una organizzazione o da un piano sanitario, e secondo una verifica più o meno complessiva dell'intervento assistenziale.

Da un punto di vista più specificatamente tecnico, le informazioni dalle quali la qualità delle cure può essere valutata dentro le organizzazioni sono riconducibili fondamentalmente a tre livelli di analisi: le strutture, i processi, i risultati.

- Le strutture rappresentano l'ambiente nel quale le cure sono fornite, e comprendono sia i locali e le attrezzature tecniche sia la dotazione e la qualificazione del personale.
 - I processi sono l'insieme delle attività diagnostiche, terapeutiche che sono disposte a favore del paziente.
 - I risultati rappresentano gli effetti positivi o talora negativi delle cure fornite.
- Una buona qualità delle strutture e un'appropriatezza dei processi non assicura comunque automaticamente la buona qualità del risultato.

Si può ammettere invece con buona approssimazione che la qualità delle strutture e una corretta applicazione di processi appropriati aumentino la probabilità di migliorare lo stato di salute e il grado di soddisfazione del paziente.

Concludendo

Possiamo dire che la qualità in sanità è probabilmente la difficile arte di fornire le migliori risposte possibili e compatibili, con il livello delle conoscenze, con la speranza di vita, con le risorse disponibili di uomini e mezzi e con il rispetto delle regole etiche.

La Clinical Governance oggi ci fornisce non solo gli strumenti ma declina la strada e le strategie per quantificare, monitorare, verificare e mantenere nel tempo una qualità assistenziale che miri all'eccellenza.

La qualità non scaturisce spontaneamente da competenza e abilità ma nasce da un assetto organizzativo di multidisciplinarietà e su percorsi valutabili.

**“Quelli che si innamorano di pratica senza scienza
son come nocchier ch'entra in viaggio senza timone e bussola,
che mai ha certezza dove si ada”
Leonardo**

BIBLIOGRAFIA

1. Lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza Sisto Lombardo
2. Codice deontologico infermieristico 2009 IPASVI
3. Enciclopedia della Sanità
4. La dirigenza infermieristica C.Calamandrei, C.Orlando Seconda Ed. McGraw-Hill;
5. La leadership in campo infermieristico C.Calamandrei, A.Pennini Editore McGraw-Hill;
6. Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie F.Marra Editore FrancoAngeli;
7. Making clinical governance work PJ.Degeling, S.Maxwell, R.Iedema, DJ.Hunter
Education and debate 2009 pagg 232-240;
8. Choice of indicators for monitoring the performance of social and health care
organizations P.Gonella *Public Health Care*;
9. Complexity and clinical governance: using the insights to develop the strategy
KG.Sweeney, R.Mannion *British Journal of General Practice*, 2008, 52 (suppl), S4-S9;
10. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The findings of Quality
Assessment and Monitoring", Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 2005,
Vol. III;
11. Il project management per le aziende sanitarie E.Pintus Editore McGraw-Hill;
12. Enciclopedia della gestione della qualità in Sanità PL.Morosini, F.Perraro Seconda Ed.
Centro Scientifico Ed

SITOGRAFIA

- <http://www.ahrq.gov/data/hcup/>
- <http://www.guideline.gov/>
- <http://www.sanita.it/sistan/>
- <http://sanita.forumpa.it/>
- <http://www.gimbe.org/>

- <http://www.evidencebasednursing.it/>
- <http://www.jointcommissioninternational.org>