



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE

IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Presidente: Ch.mo Prof. Salvatore Sciacca

Nicola Torina



“L'EVIDENCE BASED NURSING E LA RICERCA
INFERMIERISTICA COME ESPRESSIONE DI QUALITA' DELLA
PROFESSIONE”

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

Relatore:

Prof. Vincenzo Cavallaro

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

INDICE

Premessa.....	pag. 4
INTRODUZIONE.....	pag. 7

Capitolo 1

LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA:UN INTERESSE DI TUTTI

1.1 Definizione di Qualità dell'assistenza infermieristica.....	pag. 10
1.2 La Qualità secondo gli utenti.....	pag. 14
1.3 La Qualità secondo gli infermieri.....	pag. 17
1.4 ECM (Educazione Continua in Medicina).....	pag. 19
1.5 Questionario sulla rilevazione dei bisogni formativi del personale...pag.	23

Capitolo 2

L'IMPORTANZA DELL'EVIDENCE BASED NURSING NEL PROCESSO DI QUALITA'.

2.1 <i>Evidence Based Nursing</i>	pag. 29
2.2 L'informazione biomedica.....	pag. 34
2.3 La ricerca bibliografica.....	pag. 36
2.4 Presupposti dell' EBN.....	pag. 41
2.5 Le banche dati primarie	pag. 43
2.6 Le banche dati secondarie.....	pag. 44
2.7 Modalità di ricerca.....	pag. 48
2.8 Filtrare i risultati della ricerca.....	pag. 49

Capitolo 3

STRUMENTI DI QUALITA': LINEE GUIDA E PROCEDURE

3.1 Linee guida: origine e significato.....	pag. 52
3.2 Linee guida / Protocolli / Procedure.....	pag. 56
3.3 Infermieri e Strumenti informativi.....	pag. 60
3.4 Consulenza infermieristica.....	pag. 63

Capitolo 4

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA (VQAI)

4.1 Perché valutare la qualità dell'assistenza infermieristica.....	pag. 67
4.2 Come valutare la qualità dell'assistenza infermieristica.....	pag. 70
4.3 La Verifica e la Revisione della Qualità (VRQ).....	pag. 74
4.4 La cartella infermieristica.....	pag. 76
4.5 La cartella infermieristica informatizzata.....	pag. 78

Conclusioni.....	pag. 81
-------------------------	----------------

Allegati:

Il Patto Infermiere-Cittadino.....	pag. 82
Legge 42/1999.....	pag. 84
Legge 10 agosto 2000, n. 251.....	pag. 89

Riferimenti Bibliografici.....	pag. 95
---------------------------------------	----------------

Premessa



La **Qualità** è un obiettivo che dovrebbe sempre guidare il nostro modo di lavorare, e più in generale, il nostro modo di vivere. Nei nostri giorni si parla di qualità nei più variegati campi, dall'ambito politico e sociale alla pubblicità, in modo inadeguato e inappropriato. Tutto ciò ha provocato la banalizzazione di tale concetto oltre che confusione sull'esatto significato da attribuire a questo termine.

Quando ci si riferisce alla qualità, nel contesto sanitario, si indica la capacità di fornire le migliori risposte, possibili e compatibili con il livello delle conoscenze, con la speranza di vita e con le risorse disponibili di uomini e mezzi nel rispetto delle regole etiche.

Fino a pochi anni fa, questo termine era "sconosciuto" nell'ambiente sanitario; la situazione è cambiata con l'approvazione dei decreti legislativi **502/92** e **517/93** che hanno introdotto i concetti di *efficacia*, *efficienza* e *qualità*.

Sono stati così elaborati i concetti di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza infermieristica (**VRQAI**) ed attuati una serie di strumenti idonei ad effettuare un controllo sulla qualità del "prodotto".

Quando si parla di prodotto in sanità non si intende altro che la "**Salute**", bisogno fondamentale di ogni cittadino e di tutta la Società, di ogni Uomo, inteso come un'unità psico-fisica che si trova in equilibrio all'interno di una sua realtà sociale.

L'infermiere è uno dei principali attori a cui spetta il compito di individuare i bisogni dei pazienti con cui viene in contatto e di ripristinarne l'equilibrio quando si altera.

Tutto ciò evidenzia l'importanza acquisita dalla "**Professione infermieristica**" nel lungo percorso che ancora può e deve essere intrapreso per il miglioramento del prodotto dell'Azienda Sanitaria. È importante capire

come il ruolo dell'infermiere sia fondamentale nell'erogare e nel "creare" la qualità all'interno dell'azienda ospedaliera.

In questa mia tesi ho voluto approfondire l'argomento dell'*EBN (Evidence Based Nursing)*, della cartella infermieristica e delle linee guida, protocolli e procedure: ritengo, infatti, che essi siano strumenti fondamentali per erogare un'assistenza di alta "Qualità".

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la nostra disciplina.

Il valore di una disciplina e la consistenza del sapere sono fortemente interdipendenti e questo valore si esprime in termini di autonomia professionale, riconoscimento sociale e, non dimentichiamolo, nella capacità di attirare risorse da impiegare nella ricerca stessa.

Volendo fare un'altra considerazione potremmo affermare che la ricerca assume particolare importanza per la professione infermieristica perché sconta il limite di essere una giovane disciplina che affonda le sue radici culturali in altre scienze, biologiche, umane e sociali.

Ma mentre queste diverse discipline sono, anche se altrettanto recenti, riuscite a produrre una vasta base di letteratura scientifica, l'infermieristica (e particolarmente quella italiana) ha parecchio da apprendere, ancora molto deve impegnarsi in ricerca ed un'ulteriore premura deve approfondire nel pubblicizzare ciò che scopre.

Oggi Internet e l'informatica offrono una possibilità irripetibile e ghiotta per condividere il sapere ma presentano il rischio di perdere l'orientamento nell'enorme massa di dati. E' quindi necessario sviluppare e mettere in campo abilità di ricerca delle ricerche, che è poi il campo di azione di chi si occupa di revisioni della letteratura scientifica.

L'EBN costituisce una potente strategia di formazione autogestita; fornisce la base per il proprio autoapprendimento.

Qualunque professionista, durante la propria attività, si trova nella necessità di trovare risposte a domande che il caso che sta affrontando gli sollecita: è giusto quello che sto facendo? Potrei farlo in un altro modo? Ci sono alternative a questo trattamento? Che cosa può avere provocato questo problema? Come posso migliorare il mio intervento? Quale potrebbero essere le reazioni della persona che sto assistendo? ecc. Ognuno di noi si trova, quindi, in una condizione di dubbio e, come ben sappiamo, il dubbio è il generatore di ogni conoscenza. Sono i dubbi che permettono di innescare i meccanismi per apprendere e per conoscere.

Introduzione



La **Qualità** è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è l'obiettivo che ogni professionista deve tenere in primo piano nello svolgimento delle proprie funzioni.

Queste tematiche hanno suscitato in me un vivo interesse ed un'attenzione particolare: ritengo che ogni professionista ed operatore sanitario possa dare espressione concreta e tangibile alla propria professionalità, prefiggendosi di attuare l'obiettivo della qualità.

A tal fine, l'infermiere deve partecipare attivamente e in prima persona alla progettazione e alla realizzazione di una modalità assistenziale operativa che sia in grado di rinnovarsi, di superare le eventuali disfunzioni, di valorizzare le competenze e le professionalità garantendo, pertanto, risposte adeguate e in linea con le più recenti innovazioni, ai bisogni che il cittadino presenta.

L'infermiere di oggi ha un compito molto importante, che è quello di offrire il proprio contributo specifico, fatto di conoscenze approfondite nella pratica assistenziale, per sviluppare il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Tale miglioramento può raggiungersi solo grazie al contributo di competenze, di esperienze, di idee e progettualità diverse e integrate, e gli infermieri che si pongono in questa prospettiva nello svolgimento del proprio esercizio professionale rappresentano i protagonisti di un ampio progetto di valorizzazione e di impegno professionale per un'assistenza infermieristica di Qualità.

Se oggi ci si propone questi obiettivi nell'ambito dell'assistenza sanitaria, ciò si deve in gran parte all'evoluzione normativa: in particolare la Legge n. **42/99** ha consentito il pieno riconoscimento dell'autonomia professionale, grazie all'abrogazione del vecchio "**mansionario**", e di un nuovo status della professione, definita non più "**ausiliaria**", ma caratterizzata da un proprio

Profilo Professionale, che impegna ad assumere la responsabilità dell'assistenza infermieristica generale del paziente.

Il miglioramento dell'erogazione del processo assistenziale è oggi possibile grazie allo sviluppo di approfondite competenze professionali e di un percorso formativo specialistico, che consenta l'acquisizione di specifiche metodologie e di modalità operative, tali da affrontare e dare soluzione ai problemi prioritari di salute e di qualità dei servizi, in un'ottica più ampia di attenzione all'organizzazione, alla struttura, ai processi e alle risorse con le quali si opera in termini di efficienza raggiunta (**saper fare**) e di competenza dimostrata (**sapere e saper essere**).

Per rendere concreto questo aspetto, è necessario che ogni infermiere si impegni a sviluppare in modo operativo, e a utilizzare di routine, il **Processo di Nursing** e i **Piani di Assistenza Infermieristica**, quali strumenti attuativi per realizzare interventi infermieristici volti alla Qualità, abbandonando le tradizionali modalità assistenziali del passato basate sull'approssimazione e la sola esperienza personale.

Inoltre, l'utilizzo di altri strumenti operativi e di un nuovo approccio assistenziale basato sull'efficacia clinica e le **evidenze scientifiche**, consentono di prospettare soluzioni e opzioni utili per un' adeguata risposta assistenziale agli utenti.

Gli infermieri, maturando tale metodo di pensiero volto al miglioramento continuo, si pongono quali "**esperti di Qualità**", conoscitori dei processi di attività assistenziale e sostenitori di interventi formativi specialistici. Essi possono ulteriormente incrementare le competenze e realizzare il progetto per una sanità migliore, fondata sulla cultura della Qualità.

La tesi che ho svolto propone l'analisi degli strumenti di qualità dell'assistenza infermieristica attraverso quattro capitoli.

Nel primo capitolo si parlerà della definizione di "qualità dell'assistenza infermieristica", del concetto di qualità secondo gli utenti e gli infermieri e

dell'importanza dell'**ECM** (Educazione Continua in Medicina) per il miglioramento dell'assistenza erogata.

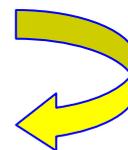
L'importanza dell'*Evidence Based Nursing* nel processo di qualità, delle modalità di ricerca e delle banche dati primarie e secondarie, per il reperimento delle informazioni scientifiche, verrà trattato nel secondo capitolo.

Nel terzo capitolo si parlerà dell'origine e del significato delle linee guida, dei protocolli, delle procedure come strumenti che determinano qualità assistenziale.

L'argomento “del perché” e “di come” valutare la qualità dell'assistenza infermieristica verrà trattato nel quarto capitolo unitamente al processo di “Verifica e Revisione della Qualità” (**VRQ**) e all'importanza della cartella infermieristica e della cartella infermieristica informatizzata, nel continuo miglioramento del processo di qualità infermieristica. In allegato mi è sembrato opportuno riportare il Patto Infermiere-Cittadino, che costituisce la premessa del Codice Deontologico, e la cui osservanza reputo fondamentale affinché si possa offrire un servizio che rispetti la dignità del paziente, in quanto uomo, nella sua criticità e complessità.

Capitolo 1

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA: UN INTERESSE DI TUTTI



1.1 Definizione di qualità dell'assistenza infermieristica



Prima di poter valutare la qualità dell'assistenza infermieristica occorre innanzitutto definire il concetto stesso di qualità.

Nel tempo la qualità è stata definita in molti modi: secondo **R. Palmer** la qualità dell'assistenza "consiste nella capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza"¹. Gli autori **C.C. Wright** e **D. Whittington** affermano "...dovreste 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"²

Secondo **A. Donabedian** la qualità è: "il livello di salute più elevato possibile, ottenibile con i mezzi più desiderabili, utilizzabili allo scopo"³.

Queste definizioni sono tutte sicuramente esatte ma forse ce n'è una che può meglio rappresentare quello che vogliamo esprimere; secondo le linee guida internazionali **ISO 9000** per qualità si intende: "l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un'entità che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze esplicite o implicite".

- **Le esigenze implicite** sono tutte le condizioni legate alla corretta esecuzione di attività professionali sanitarie i cui esiti si riflettono direttamente sulla salute del paziente.

¹ PALMER R., "Efficienza gestionale e principi base per valutare la qualità dell'assistenza", *Q.A.*, n.2, 1990.

² WRIGHT C.C., WHITTINGTON D., *Verifica e revisione della qualità*, Ambrosiana, Milano, 1995.

³ DONABEDIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.

- **Le esigenze esplicite** e percepite sono invece rappresentate da tutte quelle condizioni organizzative e relazionali del modo di erogare le prestazioni che l'utente ritiene di poter pretendere dalla struttura sanitaria.

Volendo, quindi, definire in un modo molto semplice ed intuitivo il concetto di qualità possiamo prendere ad esempio la gestione da parte di un infermiere di un episodio morboso riscontrato in un paziente. Tale gestione può essere suddivisa in due settori di assistenza: **tecnica** ed **interpersonale**.

- **L'assistenza tecnica** è l'applicazione della scienza e della tecnologia medica e delle altre discipline sanitarie alla gestione di un problema personale di salute;
- **La gestione interpersonale** è invece il rapporto fisico, relazionale, comportamentale e verbale che intercorre tra l'utente e l'infermiere. E' ovvio che i rapporti interpersonali possano influenzare la natura e il successo della gestione tecnica, com'è altrettanto valida l'ipotesi che la natura delle procedure tecniche utilizzate ed il loro grado di successo incidano sul rapporto interpersonale.

Inoltre, è possibile individuare nella qualità dell'assistenza un terzo fattore denominato "**fattore di comfort**" che comprende aspetti come:

- il "front office",
- una sala d'attesa accogliente,
- le lenzuola pulite,
- un letto comodo,
- la salvaguardia dell'intimità, ecc..

L'aspetto di comfort caratterizza gli aspetti più privati delle strutture in cui vengono fornite le prestazioni ⁴.

⁴ DONABEDIAN A., *op. cit.*

La dottrina⁵ ha identificato sette aspetti misurabili della qualità dell'assistenza sanitaria che vanno sotto il nome di "**dimensioni della qualità**":

- ❖ **Efficacia attesa**: capacità potenziale di un certo intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta, quando esso venga applicato in condizioni ottimali;
- ❖ **Efficacia pratica**: risultati ottenuti dall' applicazione di routine di un intervento;
- ❖ **Competenza tecnica**: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- ❖ **Accettabilità**: grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente;
- ❖ **Efficienza**: capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile;
- ❖ **Accessibilità**: capacità di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno bisogno;
- ❖ **Appropriatezza**: grado di utilità della prestazione rispetto al problema clinico ed allo stato delle conoscenze.

Questi aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria hanno una diversa rilevanza a seconda che vengano considerati dall'amministratore sanitario, dal professionista (medico e/o infermiere), dall'utente o dall'associazione dei consumatori.

- L'amministratore privilegia l'efficienza ed il controllo sulla spesa, come caratteristiche fondamentali per definire la qualità di una prestazione.
- L'infermiere ha una visione della qualità complessa ed articolata, non solo tecnica ma soprattutto relazionale.
- L'utente è colui che è più sensibile alla soddisfazione immediata dei bisogni percepiti. Egli considera di qualità qualsiasi intervento che lo liberi dal disagio che lo ha portato al ricovero, apprezza le prestazioni,

⁵ GRENIER R., DRAPEAU J., DESANTELS J., *Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992.

(a cui può accedere senza particolari difficoltà,) che siano precedute da adeguate informazioni da parte dell'operatore sanitario e fornite in un ambiente confortevole e rispettoso delle esigenze di riservatezza.

1.2 La Qualità secondo gli utenti

Negli ultimi anni, in particolare a partire dalla seconda riforma del sistema sanitario nazionale (D. Lgs. **502/92**), è stata posta particolare enfasi sull'attenzione nei confronti del cittadino/cliente.

D'altra parte, nella filosofia del miglioramento continuo della qualità è doveroso includere il punto di vista dell'utente quale strumento per rilevare alcuni aspetti attinenti le dimensioni della qualità del servizio.

Ottenere il gradimento dell'utente non è compito facile; **A. Galgano**⁶ lo definisce:

- un "**mostro affamato**" di nuovi prodotti,
- "**spietato**" perché se non è soddisfatto si rivolge ad altri,
- "**esigente**" perché vuole sempre il meglio,
- "**timido**" perché se non lo ottiene non lo segnala ma si rivolge ad altri fornitori,
- "**vendicativo**" perché se ritiene di aver subito un torto si lamenta con tutti,
- ed infine "**egocentrico**".

Galgano, pur considerando l'utente un "mostro", ne considera il gradimento una strategia che, insieme ad altre, concorre alla realizzazione della qualità totale.

I criteri che gli utenti utilizzano per valutare la qualità del servizio sono rappresentati dalle seguenti dimensioni generali⁷:

- **Aspetti tangibili**: aspetto delle strutture fisiche, del personale, degli strumenti di comunicazione;
- **Affidabilità**: capacità di prestare il servizio promesso in modo affidabile e preciso;

⁶ GALGANO A., *I sette strumenti manageriali della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi*, Il Sole 24 ore libri, Milano, 1999.

⁷ VANGETTA M., VALLICELLA F., "Il punto di vista dell'Utente: come si misura e quanto costa misurarlo", *Management Infermieristico*, n. 4 , 2000.

- **Capacità di risposta:** volontà di aiutare i clienti e fornire prontamente il servizio;
- **Atteggiamenti:** cortesia, gentilezza, rispetto, considerazione e cordialità del personale;
- **Credibilità,** fidezza e attendibilità del fornitore del servizio;
- **Sicurezza:** assenza di pericoli, rischio, dubbi;
- **Accessibilità** e facilità del contatto;
- **Comunicazione:** informazione agli utenti, attraverso un linguaggio comprensibile, capacità di ascolto;
- **Comprensione del cliente:** volontà di adoperarsi per conoscere i clienti e le loro esigenze.



Un importante indicatore per la rilevazione della qualità secondo gli utenti è il momento dell'**accoglienza**; essa assume un valore determinante sia per l'importanza in sé, che per la complessità del rapporto relazionale ed empatico che l'operatore/infermiere instaura con la persona⁸. La percezione che l'utente ha del momento in cui è accolto in ospedale non può essere riconducibile ad una mera procedura burocratico - amministrativa che cerca di surrogare un momento così determinante con termini quali ricovero, ammissione, accettazione.

Ogni persona, in virtù dei problemi e caratteristiche diverse, che può presentare deve essere accolta nell'organizzazione sanitaria, modulando gli interventi a seconda dei bisogni sia che questi siano espliciti o meno.

L' **accoglienza** viene identificata come uno dei fattori di qualità nel momento di presa in carico del paziente da parte della struttura e degli operatori che ne fanno parte.

La qualità del rapporto che si viene così a creare con l'utente al momento della

⁸ FOCARILE F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.

sua accoglienza ha dunque, per l'infermiere, un'importanza notevole sia dal punto di vista assistenziale che da quello tipicamente professionale.

1.3 La Qualità secondo gli infermieri



Il grado di soddisfazione degli infermieri è anch'esso collegato al concetto di qualità⁹. Una generale atmosfera di benessere porterà sicuramente questi ultimi a svolgere la propria professione nel miglior modo possibile: la loro soddisfazione sarà lo specchio di un'ottima struttura al cui interno essi potranno manifestare la loro professionalità verso gli utenti ed avere buoni rapporti con i colleghi.

La soddisfazione dell' infermiere è quindi un criterio di giudizio sulla qualità di alcune funzioni ed aspetti dell'organizzazione ospedaliera, poiché tale struttura organizzativa, considerata nel suo complesso, per poter sopravvivere e crescere, deve tenere in debito conto anche gli interessi degli infermieri.

È tuttavia di fondamentale importanza sottolineare che sono anche gli stessi studenti infermieri a definire il concetto di qualità, valutata in base alla loro formazione tecnico-pratica nelle sedi di tirocinio. Durante questo periodo, infatti, lo studio e la formazione pratica hanno come scopo generale quello di abilitare, ovvero rendere idoneo, lo studente alla professione prescelta.

In Italia, si continua ad assistere ad una netta frattura tra il mondo della scuola e quello delle professioni.

Fin dai primi giorni di tirocinio da studente infermiere si capisce di appartenere a due mondi distinti che non hanno voluto o non hanno saputo confrontare i loro reciproci interessi.

Purtroppo, questa disarmonia implica una grave perdita, sia per le parti in conflitto che per il paziente. Nell'approccio con la "realtà sanitaria" (e non con la teoria) i tirocinanti sono disorientati, e spesso si rendono conto della

⁹ Il Sistema Qualità, fino all'emanazione delle norme della "Vision 2000" (aggiornamento della ISO 9000), non prevedeva la soddisfazione dell'erogatore delle prestazioni; oggi, al contrario, ne tiene fortemente conto.

vacuità dei concetti studiati. Solo alla fine del terzo anno di corso lo studente infermiere percepisce la consapevolezza di non avere sufficientemente sperimentato le proprie conoscenze e la paura di non essere in grado di integrarsi nel mondo del lavoro.

Il futuro infermiere inizierà, pertanto, il suo cammino professionale con questa sensazione di insicurezza ma, mentre acquisirà una sempre maggiore esperienza, dovrà comunque continuare a pensare che ci sono sempre cose nuove da apprendere. Infatti, l'errore più grave sarebbe la troppa sicurezza e la perdita del disincanto iniziale; ovvero, la consapevolezza di svolgere una professione mal retribuita, troppo spesso sottovalutata dai pazienti e perfino dagli stessi infermieri. Tutto questo potrebbe influire negativamente sulla qualità del lavoro svolto e, di conseguenza, sulla qualità assistenziale erogata.

1.4 ECM (Educazione Continua in Medicina)

Anche il professionista ha continuamente bisogno di tenersi aggiornato sulle nuove teorie e sulle nuove tecnologie: qualora mancasse l'aggiornamento nella propria attività egli rischierebbe di diventare incompetente nel suo stesso campo. Il professionista ha bisogno di mantenere un legame con il mondo culturale che lo ha formato, per continuare a crescere ed a fornire prestazioni di maggiore qualità.



Per realizzare questi obiettivi sono nati i programmi di "Educazione Continua in Medicina" (ECM). L'ECM comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, il cui scopo è di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori sanitari; in altre parole, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere a svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale.

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, detta disposizioni profondamente innovative che hanno per oggetto l'educazione continua in medicina: dopo un periodo di sperimentazione riservato ai medici, esse riguardano oggi tutte le professioni sanitarie riconosciute.

Nel decreto si specifica che *la formazione continua comprende:*

✚ *Aggiornamento professionale*

✚ *Formazione permanente.*

L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di laurea, laurea magistrale ecc. che mira ad adeguare le conoscenze professionali per tutto l'arco della vita professionale.

La formazione permanente comprende:

- le attività finalizzate a migliorare le competenze
- le abilità cliniche, tecniche e manageriali
- i comportamenti degli operatori sanitari, conformandoli al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal S.S.N.

La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, congressi, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate, e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. Tale formazione è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale, nelle forme e secondo le modalità indicate dall'apposita Commissione Nazionale.

Dopo le modifiche apportate dalla legge 4 aprile 2002, n. 56, la Commissione nazionale nominata per la formazione continua, che viene rinnovata ogni cinque anni, è composta da trenta membri. Presieduta dal Ministro della salute, comprende rappresentanti di altri ministeri e della Conferenza permanente Stato-Regioni (cosa che le conferisce un rilevante valore politico) e, tra gli altri, un membro designato dalla Federazione nazionale collegi IPASVI. Tra le attribuzioni della commissione, che sono numerose e importanti, è opportuno ricordare :

- *definizione degli obiettivi formativi di interesse nazionale*, con particolare riferimento all'elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici;
- *definizione dei crediti formativi* che gli operatori devono complessivamente maturare in un determinato arco di tempo, degli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione

predisposti a livello regionale e dei criteri e strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. Per il primo quinquennio (a partire dal 2002) è stato stabilito che il numero complessivo dei crediti da ottenere fosse di 150 così suddivisi:

- ✚ 10 il primo anno,
- ✚ 20 il secondo,
- ✚ 30 il terzo anno,
- ✚ 40 il quarto anno,
- ✚ 50 il quinto anno.

A partire dal 2007, anche per uniformità con i criteri internazionali, il totale dei crediti da acquisire resta di 150, ma in tre anni. Il 60% del debito formativo deve essere soddisfatto con attività formative riferite agli obiettivi nazionali e regionali, il restante 40% con percorsi formativi autogestiti dall'operatore;

- *definizione dei requisiti* - e, quindi, verifica della loro sussistenza - per l'accREDITAMENTO delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

Il D. Lgs. 229/1999 afferma il fondamentale principio che la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o di libero professionista, per conto delle aziende sanitarie, delle università e delle strutture sanitarie private. Di conseguenza, i contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per coloro che nel tempo previsto non hanno conseguito il minimo di crediti stabilito dalla Commissione nazionale. Per le strutture sanitarie private l'adempimento di tale obbligo da parte del personale dipendente o convenzionato è un requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accREDITAMENTO da parte del S.S.N.

Dunque, l'impegno e il tempo che ogni professionista dedica annualmente al

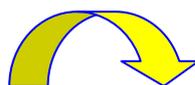
miglioramento del proprio patrimonio culturale - differenziati e "pesati" mediante i crediti formativi - vengono riconosciuti e valorizzati. La formazione continua diventa un impegno e un interesse degli operatori, i quali comunque vanno messi in condizione di svolgerla realmente. Si afferma così il concetto *che d'ora in poi la professionalità dovrà essere sostanziata da un consistente e aggiornato patrimonio culturale specifico in una prospettiva di continua crescita del professionista.*

Nell'attuazione di questi principi può accadere che qualcuno ricorra a escamotage nell'esclusivo intento di raggiungere la soglia di punteggio richiesta. Tuttavia, considerando la materia in modo complessivo, possiamo dire che con queste norme la formazione continua, a differenza che per il passato, perde il suo carattere episodico, viene parzialmente sottratta alla scelta discrezionale dei singoli operatori, acquista una dimensione universalistica e diventa un elemento strategico nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari, essendo subordinata, in larga misura, agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale. La formazione continua, svolta da agenzie formative specificamente accreditate, costituisce un ulteriore elemento di professionalizzazione, di "accreditamento professionale", per gli infermieri e per tutti gli altri operatori sanitari. È loro compito svolgerla secondo le norme ed è compito delle aziende, in particolare di strutture aziendali come il Servizio infermieristico, conciliare le esigenze di sviluppo dei singoli professionisti con quelle dell'organizzazione affinché questa faccia proprie e mantenga le caratteristiche della *learning organization.*

Partecipare ai programmi di ECM è un dovere degli operatori ed un diritto dei cittadini, che richiedono prestazioni adeguate e di qualità.

1.5 Questionario sulla rilevazione dei bisogni formativi del personale

Il presente questionario contiene una serie di domande relative alle aspettative, esigenze ed indicazioni, in merito ai bisogni formativi del personale infermieristico/tecnico/ostetrico.



Data di compilazione _____

Nome e cognome: _____

Genere M F

Età: _____

Dipartimento

- Cardio - Toraco - Vascolare e Area Critica
- Chirurgia Generale e Specialistiche
- Diagnostica Per Immagini
- Emergenza Urgenza
- Medicina di Laboratorio
- Medicina Interna e Spec. Mediche
- Neuro-Motorio
- Onco - Ematologico e Malattie Infettive
- Ostetrico - Ginecologico e Pediatrico

U.O.: _____

Professione:

- Infermiere
- Ostetrico/a
- Fisioterapista
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Logopedista

- Assistente in Oftalmologia/Ortottista
- Tecnico audiometrista
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

Titolo di studio abilitante la professione conseguito:

Diploma Universitario

- Laurea
- Diploma Scuola Regionale
- Scuola Secondaria Professionale/Tecnica Statale (Tecnici di Laboratorio)

Da quanto tempo lavora come professionista nella Sanità (anche con incarichi):

- Fino a 5 anni
- Da 6 a 15 anni
- Da 16 a 25 anni
- Oltre 26 anni

1. Per l'esercizio della sua attività professionale e sulla base del suo profilo di competenza, quali ambiti di competenze trasversali (ciò riconoscibili in ogni profilo professionale) vorrebbe migliorare relativamente a: (al massimo 3 risposte)

- a) comunicazione e relazione (con i pazienti, familiari, colleghi)
- b) etica e deontologia professionale
- c) metodologia a supporto della pratica professionale (Linee Guida, protocolli, procedure, sistemi di verifica e miglioramento, ecc.)

d) metodologia della pratica basata sulle evidenze (banche dati) nella pratica diagnostica e nella pratica assistenziale (EBP)

e) sicurezza e gestione del rischio clinico/assistenziale/professionale

f) qualità delle prestazioni tecniche/assistenziali

g) definizione di percorsi diagnostici e/o assistenziali

h) altro(specificare): _____

2. Sulla base di quanto risposto alla domanda 1, quale degli ambiti scelti metterebbe al: (indicare negli spazi la lettera corrispondente a ciascun aspetto: ad es. a), b)...)

1° posto: _____

2° posto: _____

3° posto: _____

3. Per ognuno degli ambiti scelti sopra, descriva brevemente una difficoltà/criticità riscontrata durante il suo lavoro:

1.

2.

3.

(Solo per area infermieristica e ostetrica)

4. Per l'esercizio della sua attività professionale specifica *dell'area infermieristica e ostetrica*, oltre alle competenze trasversali già indicate alla domanda 1, quale ulteriore ambito di competenza vorrebbe migliorare relativamente a: (1 risposta)

- informazione ed educazione sanitaria a paziente e familiari
- aspetti tecnico/organizzativi (es. somministrazione/gestione farmaci, attrezzature,...)
- controllo delle infezioni nosocomiali
- altro _____

4.1. In relazione all'ambito scelto alla domanda 4, descriva brevemente una difficoltà/criticità riscontrata durante il suo lavoro:

(Solo per area tecnica)

5. Per l'esercizio della sua attività professionale specifica *dell'area tecnica*, oltre alle competenze trasversali già indicate alla domanda 1, quali ulteriori ambiti di competenza vorrebbe migliorare relativamente a: (1 risposta)

informatizzazione delle procedure

- utilizzo delle tecnologie
 - clinica diagnostica
 - glossari terminologici in lingua straniera
-

5.1. In relazione all'ambito scelto sopra, descriva brevemente una difficoltà/criticità riscontrata durante il suo lavoro:

6. Quanto ritiene utile per il suo apprendimento le seguenti attività:

Convegni, seminari	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Corsi interni	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Stage presso altre strutture	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Addestramento sul campo	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Gruppi di lavoro e di miglioramento	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Lettura articoli	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Discussione su casi	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza
Formazione a distanza	<input type="checkbox"/> per niente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza

7. Se lei potesse proporre dei corsi di formazione nei tre livelli organizzativi seguenti, su quali argomenti orienterebbe la sua scelta, considerando:

- il suo dipartimento:
-

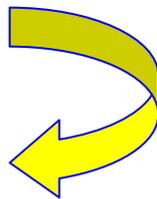
· più dipartimenti:

· la sua U.O.:

8. Infine le chiediamo un Suo contributo su come migliorare la partecipazione/frequenza ai corsi interni (es. diffusione delle informazioni, metodologie didattiche ricaduta organizzativa,ecc.)

Capitolo 2

L'IMPORTANZA DELL'EVIDENCE BASED NURSING NEL PROCESSO DI QUALITA'



2.1 Evidence Based Nursing



L'*Evidence Based Nursing (EBN)* rappresenta l'estensione, nell'ambito dell'esercizio professionale infermieristico, del ben più diffuso movimento dell'*Evidence Based Medicine (EBM)*.

Nel 1992 comparve sul *Journal of American Medical Association (JAMA)*, un articolo che affermava che tutte le azioni cliniche sul piano diagnostico, della valutazione prognostica e delle scelte terapeutiche, dovevano basarsi su solide evidenze quantitative derivate da una ricerca epidemiologica-clinica di



buona qualità. E' in questo articolo che compare per la prima volta il termine *Evidence Based Medicine (EBM)*.

L'*EBM* nasce come metodologia per applicare i risultati della ricerca clinica al paziente individuale, ma viene sempre più utilizzata anche per pianificare le strategie di politica sanitaria. Nel 1996 compare, nelle parole chiave della banca dati *Medline*, anche il termine *Evidence Based Nursing (EBN)* e in Italia lo troviamo per la prima volta nel 1997 nella rivista della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Da un punto di vista semantico, "*evidence*", potrebbe essere tradotto dall'inglese con il termine "prova" piuttosto che "evidenza", poiché la lingua inglese attribuisce al termine evidenza un significato diverso da quello attribuito dalla lingua italiana. In quest'ottica, l'assistenza infermieristica non si accontenta più di operare sulla base di principi e criteri derivati esclusivamente dal "**si è sempre fatto così**" e dal "**si è sentito dire**", ma si fonda piuttosto su un

insieme di conoscenze documentate e accettate dalla comunità scientifica, che il professionista infermiere, ricerca, valuta criticamente ed applica nella pratica assistenziale. Se, fino ad alcuni anni fa, qualsiasi decisione sanitaria ed assistenziale si basava entro i limiti delle proprie conoscenze professionali, dalla propria esperienza personale e da pareri definiti “autorevoli”, oggi risulta indispensabile agire nella pratica sanitaria quotidiana fornendo prestazioni oggettivamente adeguate al singolo caso, che siano basate non su conoscenze soggettive e discrezionali ma su fondamenta realmente scientifiche. Non tutti i nostri comportamenti professionali sono a tutt’oggi fondati sulla razionalità o sull’evidenza scientifica (l’esperienza, spesso, pur avendo un notevole valore non è di per sé un indice di qualità e talvolta può rafforzare nel tempo comportamenti errati).

In questa ottica la ricerca infermieristica deve quindi tendere a promuovere nuove conoscenze volte all’ottenimento di nuove strategie e sistemi per erogare l’assistenza in modo **efficace** ed **efficiente**, a identificare l’orientamento etico che guida la professione (possibilità di dimostrare l’efficacia degli interventi), e a migliorare il rapporto costo/beneficio.



L’utilizzo della ricerca nella pratica assistenziale può essere quindi definito come l’attuazione sistematica nel campo dell’infermieristica di una innovazione, scientificamente fondata e basata sulla ricerca, accompagnata sempre da un processo di valutazione dei risultati dell’applicazione.

Attualmente agli infermieri viene richiesto di fornire ed utilizzare nuovi approcci creativi a problematiche sanitarie vecchie e nuove e di elaborare progetti innovativi capaci di modificare in senso positivo le condizioni di salute dei cittadini.

Ma quali sono gli strumenti che abbiamo per applicare in pratica, nella routine, le conoscenze che ci vengono fornite dalla ricerca?

La metodologia del nursing, rappresenta un metodo per la soluzione dei problemi nel processo di cura; in tutte le professioni, si tende continuamente a ricercare e ad utilizzare strumenti che permettano la soluzione dei problemi, ma, nel processo di nursing, per la molteplicità degli eventi con cui è necessario confrontarsi quotidianamente, il metodo risulta più complesso.

Un'assistenza di **qualità** deve basarsi su interventi e tecniche di documentata efficacia, che vanno dai contenuti tecnici degli interventi, agli aspetti relazionali, fino all'organizzazione del servizio.

Per fornire a chi eroga assistenza fonti dalle quali sia possibile ricavare risposte facilmente comprensibili da applicare nella pratica quotidiana, sono stati creati oltre alle raccomandazioni da parte di società scientifiche, alcuni strumenti quali protocolli e linee guida. Negli ultimi anni lo sviluppo e la diffusione di sistemi informatici di rete (Internet), ha permesso ai professionisti delle varie discipline sanitarie di creare delle vere e proprie banche dati dalle quali attingere strumenti di ulteriore studio e ricerca, consentendo un'interfaccia rapida di confronto e verifica della attendibilità dei risultati e creando un approccio di consenso scientifico basato sull'evidenza.

La ricerca offre, inoltre, al personale sanitario una base di conoscenze, scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli e numerose richieste e di preservare l'importanza di un ruolo rilevante ed in crescita all'interno della società.

Oggi all'infermiere è attribuita la piena responsabilità assistenziale e di



conseguenza è richiesta la responsabilità della **qualità** dell'assistenza erogata.

L'impegno della professione infermieristica dovrà essere quindi sempre più orientato all'utilizzo della **ricerca** nell'assistenza infermieristica.

“L'assistenza infermieristica basata sulle prove” rappresenta un nuovo modello di pratica clinica nel quale le decisioni del professionista, sono il

risultato dell'interazione delle migliori evidenze scientifiche, nell'efficacia e sicurezza dei trattamenti di natura preventiva, curativa, educativa e riabilitativa.

L'approccio dell'*EBN* è quindi un processo di **autoapprendimento** in cui l'infermiere singolarmente o in equipe, trasforma il bisogno di informazione in precisi quesiti, per i quali, successivamente, attiva un percorso di ricerca che fornisca evidenze valutabili sul piano metodologico, ed infine, le utilizza nella propria attività professionale.

Gli infermieri hanno trovato, nell'*EBN*, un valido strumento per modificare una realtà caratterizzata dal fatto che gli interventi erano basati o sull'opinione dei colleghi esperti, o sulla prassi consolidata, sull'erogazione disomogenea (infatti, in assenza di standard uguali per tutti, le prestazioni rese dagli operatori sanitari, anche delle stesse strutture ospedaliere erano diverse), o ancor peggio, sulla sua esecuzione senza sapere se esso fosse realmente efficace.

In sintesi l'*EBN* può:

- Incentivare e rendere più semplice ed efficace l'aggiornamento professionale.
- Mettere l'infermiere in condizione di dare una risposta efficace al bisogno del singolo paziente.
- Favorire il continuo miglioramento della **qualità** dei processi di cura.
- Facilitare l'accesso degli infermieri alla gestione dell'intero processo di cura al pari degli altri professionisti.
- Facilitare l'affrancamento della sudditanza culturale nei confronti del medico, sempre nel rispetto delle reciproche competenze.
- Essere valido strumento per la tutela professionale.

Ovviamente l'*EBN* non è una ricetta magica e va usata con raziocinio; in molte definizioni di *EBN* infatti si trova espressamente rimarcato il concetto dell'applicazione ragionata e coscienziosa delle evidenze scientifiche.

Abbiamo già citato alcuni dei potenziali vantaggi dell'*EBN* ai quali possiamo aggiungere ulteriori doti certe: è un processo centrato sul paziente e sui suoi bisogni e questo, che è già di per sé un vantaggio, facilita anche la comunicazione con il paziente stesso. Inoltre, come già sottolineato, mette veramente a disposizione degli infermieri gli strumenti della ricerca infermieristica in un processo continuo di verifica dell'efficacia e miglioramento delle cure.

Ci sono anche aspetti negativi legati in parte:

- **alla cultura professionale** (scarsa dimestichezza con la statistica, scarse capacità di lettura critica degli articoli, scarsa conoscenza della lingua Inglese, mancanza di tempo);
- **a fattori “ambientali”** (costo dell'informazione scientifica o delle tecnologie necessarie, limitata diffusione di biblioteche o limitata disponibilità da parte delle Aziende o istituzioni di strumenti di aggiornamento).

Da ultimo, benché i fondamenti siano stati gettati secoli or sono, ancora permangono vaste aree grigie di incertezza dove ancora non vi sono evidenze scientifiche che possano supportare la pratica.

EBN: il processo

1. Convertire il bisogno di informazioni in quesiti clinici ben definiti;
2. Ricercare con la massima efficacia le evidenze disponibili;
3. Valutare criticamente la loro validità ed applicabilità clinica;
4. Integrare le evidenze nelle proprie decisioni cliniche;
5. Rivalutare continuamente la propria performance professionale.

2.2 L'informazione biomedica

In un passato nemmeno troppo recente l'informazione biomedica era costituita soprattutto dal parere di esperti, dai libri di testo e dalle riviste. Attualmente, invece, l'esplosione del fenomeno di internet ha fatto sì che si realizzasse una crescita esponenziale delle fonti di informazione; si calcolano circa 2 milioni di articoli pubblicati su 20.000 riviste ogni anno: l'informazione è divenuta frammentata e, soprattutto, è soggetta ad un rapido invecchiamento.

Al fine di poterne fruire in modo appropriato, vediamo come è normalmente strutturato un **articolo scientifico**:

Titolo	Il titolo è la prima presentazione di un articolo scientifico e ne enuncia nel modo più immediato possibile l'argomento.
Autori	L'elenco degli autori (Il primo è il responsabile diretto dell'articolo) seguito dall'enunciazione degli enti o istituti dove lavorano.
Introduzione	Presenta il problema enunciando i termini dello studio o dell'articolo stesso ed in particolare l'ambito di pertinenza con la realtà del problema esaminato. Nell'introduzione viene anche dichiarato l'obiettivo dello studio.
Strumenti e Metodi	Vengono enunciate le metodiche dello studio e gli strumenti: quali pazienti, con che patologia e con quali caratteristiche, sono stati osservati quali parametri sono stati misurati, ecc..
Risultati	In questa sezione vengono presentati i risultati dello studio.

Conclusioni	Discussione critica dei risultati ottenuti ed eventuali implicazioni derivanti per il problema preso in esame.
Bibliografia	Elenco della bibliografia di riferimento.
Tabelle e figure	A parte, in questa sezione vengono presentate tabelle, grafici o figure per esemplificare i risultati dello studio.

La fase successiva è quella della **valutazione critica dell'articolo**.

Occorre rispondere alle seguenti domande:

- ◆ Lo studio è valido? (ovvero riesce a dimostrare oltre ogni dubbio che le sue ipotesi sono vere, che lo saranno per un lungo periodo e che sarà possibile riprodurle in ogni altro luogo che possieda le medesime caratteristiche?).
- ◆ I risultati dello studio sono clinicamente significativi?
- ◆ I risultati dello studio sono applicabili al paziente individuale?

2.3 La ricerca bibliografica

Cercare nel *mare magnum* dell'informazione disponibile su internet non è semplice e soprattutto bisogna fare in modo che la ricerca sia utile: l'utilità di una ricerca è direttamente proporzionale alla rilevanza e alla validità delle evidenze trovate ed inversamente proporzionale al tempo speso per trovarle.

La ricerca produce conoscenze condivise e accettate purché riesca a mantenere la “neutralità” e se possiede: merito scientifico, verificabilità, riproducibilità, pertinenza rispetto alla pratica e al problema.

Proprio il collegamento al “problema” rende la ricerca applicata (che risponde a domande a proposito dell'applicabilità delle teorie di base alle situazioni pratiche) particolarmente utile all'infermiere che sovente deve dare risposta a situazioni concrete e cogenti.

La **ricerca** è strutturata nelle seguenti fasi:

- **Identificare il problema di ricerca:** individuare cosa si intende indagare partendo dal problema concreto; individuare ogni variabile che sia in grado di influenzarlo modificando i dati (età, campione, tempo ecc.).
- **Revisione della letteratura:** deve essere svolta una rigorosa e approfondita ricerca bibliografica che riesca a valutare le principali informazioni che riguardano il quesito di ricerca.
- **Individuazione delle ipotesi:** dichiarare cosa si intende dimostrare, quale fattore indagare, se tra due fenomeni esiste una relazione, se un determinato “trattamento”¹⁰ è in grado di determinare un cambiamento rispetto ad una situazione preesistente.
- **Progettazione della ricerca:** dichiararne il metodo (descrittivo, di relazione o, infine, sperimentale) ed il disegno in termini di programma, di struttura e di strategia per controllarne ogni momento. Individuare anche i tempi.

¹⁰ Applicazione di un farmaco, di una procedura, di un intervento educativo a livello sperimentale.

- **Individuazione del campione:** individuare il target, i criteri di selezione e di esclusione.
- **Individuazione degli strumenti di misura:** in base alle ipotesi di ricerca e delle variabili individuate verranno progettati e prodotti gli strumenti (indicatori, questionari, modelli di interviste) attraverso cui si raccoglieranno i dati: i rilevatori (se previsti) andranno individuati e preparati alla raccolta dati in modo da limitare il rischio di “personalizzazioni” e favorire un loro impegno il più neutro possibile.
- **Esecuzione della ricerca:** seguire precisamente il disegno ed il metodo di ricerca per il tempo previsto.
- **Raccolta ed analisi dei dati:** i dati raccolti da strumenti, questionari, interviste o altro, saranno raccolti ed elaborati.
- **Pubblicazione e distribuzione dei dati:** evitare che la ricerca si fermi alla fase precedente e finisca in un cassetto, sarebbe stato un lavoro inutile. La diffusione può essere stata pensata per una singola U. O., per un presidio ospedaliero, ma deve poter essere condivisa anche dall’intera comunità scientifica e quindi collocata su una piattaforma informatica e divenire patrimonio comune.

Vedremo in seguito quali strumenti utilizzare per massimizzare l’utilità della ricerca.

$$\text{Utilità} = \frac{\text{validità} \times \text{rilevanza}}{\text{Lavoro}}$$

Inizialmente sembra opportuno esaminare i tipi di studi esistenti e il loro ambito di applicazione:

Studio clinico controllato randomizzato	Studio sperimentale in cui i pazienti assegnati al gruppo sperimentale (quello che riceve il trattamento oggetto dello studio) e quelli assegnati al gruppo di controllo (quello che riceve il trattamento normale o il placebo) sono stati selezionati con un meccanismo casuale (Random). Sono gli studi solitamente più “pregiati”, soprattutto se eseguiti in cieco, ovvero quando i pazienti non conoscono il farmaco loro somministrato.
Studio clinico caso controllo	Due gruppi di persone (uno che presenta una malattia e uno che non la presenta) vengono studiati per valutare la correlazione o l’associazione a fattori di rischio.
Studio clinico di coorte	Due gruppi omogenei di persone (coorti dal latino) vengono analizzati in relazione all’esposizione ad un fattore di rischio (un gruppo è esposto e l’altro no).
<i>Case report</i>	Studio di un singolo evento clinico, particolarmente raro.

La forza dell’evidenza scientifica è variabile a seconda del tipo di studio: ad esempio uno studio **randomizzato**, controllato fornisce evidenze di forza maggiore rispetto ad uno studio **non randomizzato**, così come uno studio che coinvolge molti pazienti rispetto ad un piccolo studio. Esiste una gerarchia anche fra i vari tipi di studio: ad esempio uno studio randomizzato fornisce evidenze di forza maggiore rispetto ad uno studio caso controllo o di coorte.

Un ulteriore modo di massimizzare l'utilità della ricerca è quello di sfruttare lavori scientifici che già hanno analizzato criticamente degli studi su un determinato argomento (patologia, intervento, farmaco o trattamento):

Revisioni di letteratura	Tipo di analisi critica qualitativa degli studi su uno stesso argomento.
Meta-analisi	Analisi critica quantitativa di diversi studi su uno stesso argomento.
Linee guida	Insieme di raccomandazioni cliniche per un determinato gruppo di pazienti o per un intervento sanitario con l'esplicitazione delle evidenze disponibili e della forza delle raccomandazioni.
CAT (<i>Critical Appraised Topics</i>)	Analisi critica quantitativa e qualitativa di diversi studi su uno stesso argomento.
Analisi economiche	Analisi critiche di studi che valutano l'efficacia e il rapporto costo beneficio di un trattamento.

Le fonti di informazioni a disposizione dell'infermiere sono molte, ma si possono classificare in tre grosse categorie:

- ❖ **Tradizionali:** Collega esperto; trattati; riviste; gli atti di congressi, seminari e conferenze dedicati agli aspetti di un determinato argomento (c.d. **letteratura grigia**).
- ❖ **Banche dati biomediche:** *MEDLINE*; *EMBASE*; *CINAHL*.

- ❖ **Nuovi strumenti editoriali:** Pubblicazioni secondarie, linee guida, revisioni sistematiche.

La consultazione del collega esperto, essendo una fonte di informazione di immediato accesso, rappresenta comunque un importante punto di riferimento. La validità di questo mezzo dipende, tuttavia, dalla competenza dell'infermiere consultato, che non sempre è superiore a quella di colui che lo consulta.

I trattati di Assistenza Infermieristica e i libri di testo in generale, pur svolgendo un fondamentale ruolo educativo, non vengono ritenuti affidabili strumenti di riferimento a causa di alcuni limiti: ad esempio, tenuto conto dei tempi medi per la stampa, tali libri di testo sono già datati al momento della loro pubblicazione e di conseguenza, non possono fornire sufficienti garanzie di completezza e aggiornamento.

In merito all'utilizzo delle riviste, la crescita esponenziale del loro numero, la frammentazione degli argomenti trattati, che vengono pubblicati senza un ordine sistematico, e la rarità di lavori originali rappresenta alcuni dei problemi che ne ostacolano un'efficiente consultazione. Tutte queste fonti di informazione sono molto preziose, ma per i motivi sinora elencati, alle fonti tradizionali devono essere oggi affiancate le nuove tecnologie per il reperimento dell'informazione; in questo senso, il miglior contributo alla ricerca delle evidenze o prove viene offerto dall'informatica.

2.4 Presupposti dell'EBN

In primo luogo occorre convertire il bisogno di informazione in quesiti clinici ben definiti, a cui è possibile tentare di fornire una risposta. Ai quesiti generici come: - che cos'è la disfagia? oppure - come si gestisce il paziente con lesioni da decubito? non si risponde con l'EBN. Un tipico quesito ben formulato comprende tre o quattro elementi: il contesto o la tipologia di paziente, il trattamento e l'eventuale alternativa ed, infine, l'esito o risultato. Sarebbe diverso ricercare risposte in relazione alla morbilità piuttosto che alla qualità della vita del paziente. Ecco un esempio di quesito ben formulato: in un bambino di 6 anni, le convulsioni febbrili aumentano le probabilità di sviluppare una forma di epilessia? oppure: in una persona con un'età superiore ai 75 anni, la vaccinazione antinfluenzale riduce la morbilità? La seconda fase prevede la ricerca delle migliori prove di efficacia disponibili nelle banche dati bio-mediche. In questo caso è importante conoscere, oltre alle modalità di accedere alle banche dati quali Medline o Cinahl, la tipologia di studio da ricercare, sempre sulla base del quesito formulato. Ad esempio, se la ricerca vuole trovare risposte per un quesito su di un trattamento, si dovranno cercare studi randomizzati e controllati mentre, se si ricercano risposte a quesiti sulle cause o sui fattori di rischio, si dovranno ricercare studi di coorte o caso-controllo.

Una volta recuperata la miglior letteratura disponibile, che può essere costituita da ricerche originali o revisioni sistematiche o linee guida, la metodologia dell'EBN aiuta a svolgere una valutazione critica di quanto pubblicato. E' necessario sottoporre la letteratura ad un'analisi per poter stabilire la qualità dello studio, la completezza delle informazioni, la loro applicabilità al nostro paziente, ecc.

A questo punto rimane la non semplice fase di integrazione di quanto appreso nella nostra pratica clinica e la rivalutazione continua della nostra performance professionale.

2.5 Le banche dati primarie

Tramite un collegamento internet si può accedere alla consultazione di varie banche dati che consentono di cercare, salvare, stampare articoli integrali (quando possibile) o gli *abstract* degli articoli stessi (una sorta di riassunto). Il più utilizzato fra queste banche dati è **Medline** della *National Library of Medicine di Bethesda* (USA) che contiene circa 10 milioni di citazioni (il 75 % in inglese) di oltre 3800 riviste (il 45% degli USA) soprattutto perché è gratuito; sono indicizzate anche le riviste infermieristiche e due sono quelle italiane: “**Assistenza Infermieristica**” e “**Ricerca e Professioni Infermieristiche**”.

Attivo dal 1940 come repertorio a stampa e in versione elettronica dal 1982, **Cinahl** (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, <http://www.cinahl.com>) è invece un database che contiene oltre 250 mila riferimenti tratti da più di 950 riviste infermieristiche. Esso utilizza sottotitoli specifici per l’assistenza infermieristica piuttosto che una terminologia medica come nel caso di *Medline* e rappresenta quindi una eccellente via di accesso alle ricerche di interesse infermieristico. Esiste poi **Embase** che è la banca dati equivalente per le riviste europee, che è, però, a pagamento (costo molto elevato) e contiene circa 7 milioni di citazioni per 3200 riviste.

Nonostante i contenuti prettamente clinici, la rapidità nell’indicizzazione e la disponibilità gratuita su Internet, queste fonti rimangono ancora poco utilizzate per l’attività clinica. Va, però, considerato che esse forniscono solo il titolo e l’*abstract* degli articoli identificati; di conseguenza per procedere ad una loro valutazione critica è necessario disporre del testo integrale.

2.6 Le banche dati secondarie

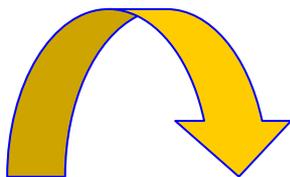
Si tratta di banche dati che forniscono selezioni di articoli commentati, revisioni sistematiche della letteratura, linee guida. La più famosa è la *Cochrane library* che si è guadagnata un notevole prestigio per il rigore metodologico e per la standardizzazione del metodo di analisi critica degli studi: essa non è gratuita anche se alcune revisioni sistematiche sono accessibili gratuitamente (alcune anche in italiano). Per le linee guida, la più utilizzata è certamente la banca dati del *CDC* (*Center for Disease Control*) di Atlanta ma ve ne sono numerose altre, spesso gratuite.

Cercare le prove di efficacia sul web...

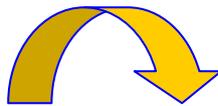


- ✚ CINAHL <http://www.cinahl.com/>
- ✚ Cochrane Library Italia <http://www.areas.it/indexfl.htm>
- ✚ D.A.R.E. York University
- ✚ <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- ✚ Joanna Briggs Institutes www.joannabriggs.net
- ✚ Uk Centre for Evidence Based Nursing
- ✚ www1.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm
- ✚ Canadian Centre for Evidence Based Nursing
- ✚ New Zeland Centre of Evidence Based Nursing (Coll JBI)
- ✚ Victorian Centre for Nursing Practice Research (Coll JBI)
- ✚ Sarah Cole Hirsh Institute for Best Nursing Practices Based on Evidence (Germania)
- ✚ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html

SITI INTERNET ITALIANI

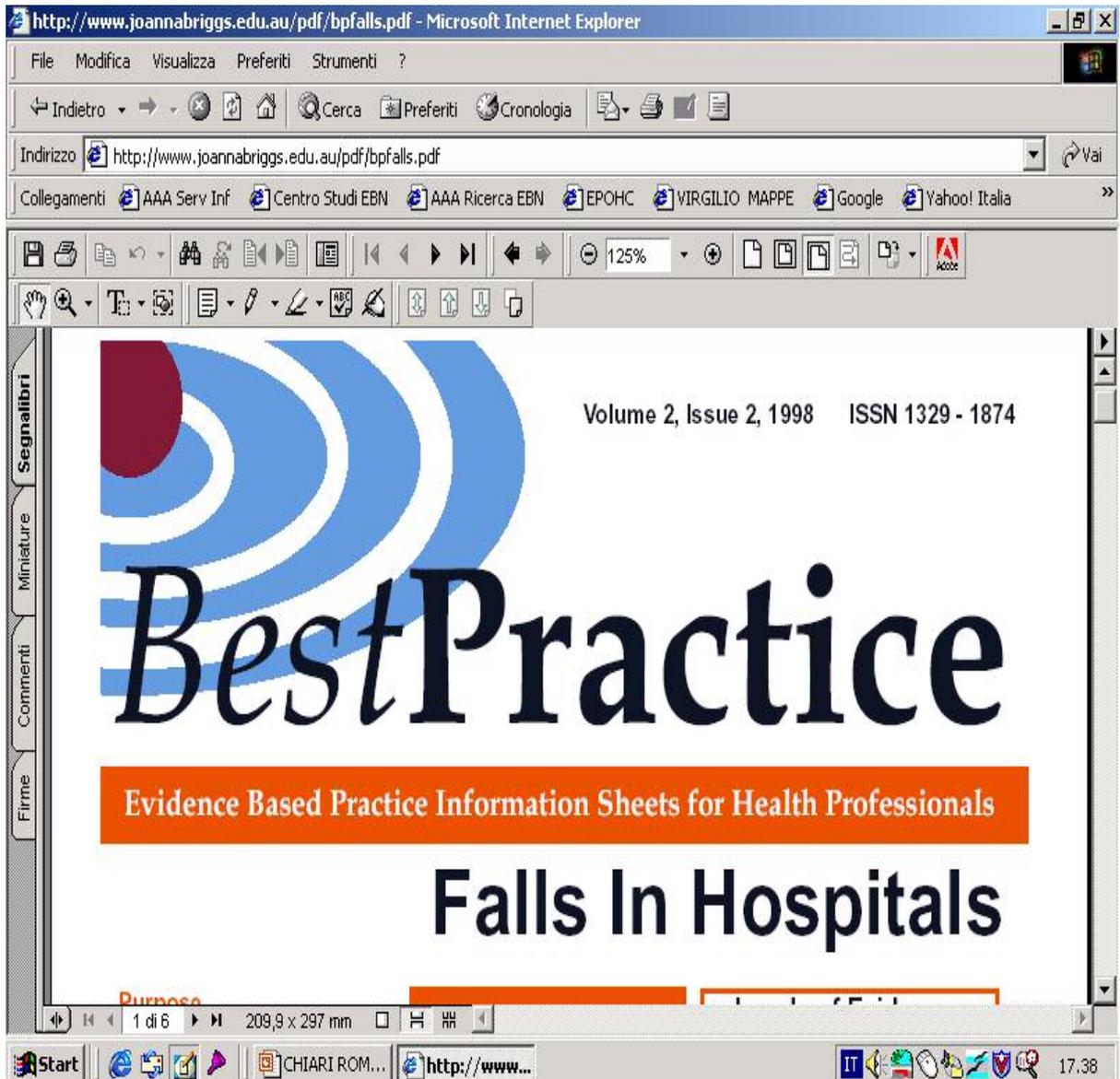


- Centro studi EBN - S. Orsola Bologna www.evidencebasednursing.it
- Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze www.gimbe.it
- Infermieristica basata sulle evidenze
<http://www.performed.it/infermieristica/Default.htm> Federazione Nazionale
IPASVI www.ipasvi.it
- Infermieri.com www.Infermieri.com
- Associazione Infermierionline www.infermierionline.it
- Nurses Area www.nursesarea.it
- AISLEC www.aislec.it
- Ass. Naz. Infermieri Neuroscienze www.anin.it
- Ass. Naz. Infermieri Rianimazione e Terapia Intensiva www.aniarti.it



Cercare le prove di efficacia sul web...

MEDLINE



BestPractice in ITALIANO

<http://www.joannabriggs.edu.au/>

2.7 Modalità di ricerca

Effettuando una ricerca bibliografica bisogna prima parlare di:

- **sensibilità** (capacità di trovare informazioni rilevanti),
- **specificità** (capacità di escludere informazioni non rilevanti);



sono grandezze inversamente proporzionali. Le banche dati ed in particolare quella del *Medline* sono strutturate in record dove per **record** si intende una singola citazione che a sua volta è indicizzata in più di 40 campi diversi. Esistono quindi dei comandi specifici o dei limiti da utilizzare durante la ricerca per aumentarne la specificità.

The screenshot shows the Wiley InterScience website interface for the Cochrane Library. The page features a search bar, navigation links, and a table of databases. The table lists the following databases and their total records:

Database	Total Records
The Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews)*	3785
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	9003
The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)	425785
The Cochrane Database of Methodology Reviews (Methodology Reviews)	19
The Cochrane Methodology Register (Methodology Register)	6370

2.8 Filtrare i risultati della ricerca



La maggior parte delle biblioteche, informatizzate e non, fornisce l'output della ricerca bibliografica per data decrescente di pubblicazione oppure in ordine alfabetico del primo autore, ma non esiste la possibilità concreta di ottenere un elenco ordinato in funzione della rilevanza clinica degli articoli. Pertanto il ricercatore deve essere in grado di identificare, attraverso elementi surrogati (titolo, *abstract*, rivista, data di pubblicazione, ecc.), quali citazioni tra quelle ottenute sono rilevanti per il quesito clinico che ha dato l'input alla ricerca. Oltre all'importanza delle riviste (*impact factor*), è necessario conoscere, per ciascun tipo di quesito clinico, quale disegno di studio fornisce conclusioni valide. Al termine della seduta di ricerca, si disporrà quindi di un certo numero di informazioni bibliografiche che sono già state vagliate e ritenute interessanti. Diviene pertanto necessario procedere al reperimento degli articoli in questione. A parte per quelle riviste che sono già disponibili nel reparto nella scuola o nella biblioteca medica locale, una possibilità per richiedere un articolo pubblicato su una rivista non disponibile in sede, consiste nel chiederne un “*reprint*”, cioè un estratto di stampa, direttamente al primo autore, o all'autore corrispondente (ecco l'utilità, quindi di visualizzare nella ricerca *Medline* anche l'indirizzo degli autori). E' infatti procedura abituale che l'autore corrispondente si procuri, al momento della stampa, un certo numero di copie dell'articolo disponibili per essere inviate a chi ne faccia richiesta, in particolare modo se si tratta di riviste non a diffusione internazionale. E' possibile, inoltre, richiedere l'articolo direttamente alla biblioteca medica che potrà chiedere una ricompensa monetaria per la ricerca, ricompensa che normalmente è più elevata se l'articolo deve essere richiesto all'estero.

Dopo aver ricercato la letteratura e valutato criticamente i risultati della ricerca, l'infermiere dovrebbe applicare le evidenze trovate.

Il processo di assistenza infermieristica è il metodo utilizzato dall'infermiere nella pratica professionale. Esso è strutturato in due momenti fondamentali:

- il **processo diagnostico**, finalizzato all'identificazione dei problemi di competenza,
- la **pianificazione**, intesa come l'insieme delle operazioni dedicate alla scelta ed all'attuazione degli interventi utili alla risoluzione dei problemi riscontrati.

Il processo diagnostico trova le basi sulle capacità del singolo infermiere e sull'ampiezza del suo bagaglio conoscitivo e, per tale motivo l'*EBN* appare in questa fase di utilità limitata. La pianificazione, invece, si realizza attraverso la formulazione degli obiettivi e più specificatamente dei processi di intervento e rappresenta il momento cruciale del ricorso all'*EBN*. Esso consente di determinare a priori tra gli interventi ipoteticamente più indicati, quali risultino i più validi ed efficaci, quali siano i rischi loro connessi e quali le limitazioni.

L'*EBN* fornisce una strategia, una metodologia operativa per trovare le risposte ai bisogni di sapere che nascono dalla nostra attività assistenziale; ci mette nelle condizioni di formulare nel modo corretto un quesito per cui si può trovare una risposta. Ma, attenzione a non confonderla con la ricerca scientifica! Che è la metodologia per accrescere le conoscenze di una disciplina. La ricerca è un'indagine sistematica intrapresa per scoprire fatti o relazioni e raggiungere conclusioni usando un metodo scientifico, mentre nell'*EBN* la ricerca è bibliografica ed è basata sulla identificazione e sul recupero più o meno sistematico della letteratura su uno specifico tema o per uno specifico obiettivo.



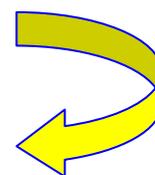
L'esperienza del S.Orsola-Malpighi, che in un quinquennio ha formato oltre un centinaio di infermieri sull'utilizzo della metodologia dell'EBN, mi permette di affermare quanto il percorso di autoapprendimento innescato stia

fornendo buoni risultati, soprattutto nella competenza con cui questi professionisti affrontano ogni nuovo problema: dalla individuazione delle modalità per accertare la disfagia, alla contenzione fisica in ospedale; dal trattamento della stomatite nel paziente in terapia chemioterapica, alla prevenzione delle infezioni nei reparti a bassa carica microbica (BCM). Con questo non voglio dire che non vi sono più infezioni o che tutte le lesioni da decubito guariscono in pochi giorni: l'EBN non è un fatto miracoloso! voglio solo dire che chi ha appreso questa metodologia sa cercare e trovare risposte ai dubbi che sorgono durante l'assistenza e questo gli permette di essere più attento ai problemi, più efficace nell'affrontarli e più sereno nel gestirli.

In conclusione, l'abilità da parte dell'infermiere nel reperire, valutare e applicare nella pratica i risultati della ricerca, potrà rendere l'assistenza infermieristica maggiormente obiettiva, logica ed efficace. La realizzazione di questi obiettivi, presuppone nei professionisti un processo di cambiamento culturale piuttosto complesso ed una costante attenzione verso l'aggiornamento.

Capitolo 3

STRUMENTI DI QUALITÀ: LINEE GUIDA E PROCEDURE



3.1 Linee guida: origine e significato



“Linee guida” e “procedure” sono termini fra i più usati in ambito sanitario, specie negli ultimi anni; tutti ne abbiamo sentito parlare e molti fra noi hanno idee chiare sul loro scopo e utilizzo; trattandosi infatti di strumenti informativi per la pratica assistenziale, il solo parlarne o sentirne parlare non ha valore se non è seguito da una concreta applicazione.

La concreta applicazione di linee guida e procedure trova significato nel termine implementare, che significa, per l'appunto, dare l'avvio ad una attività, renderla operante.

Ci si pone, quindi, l'obiettivo di definire questi strumenti, descrivendo inoltre le principali motivazioni a sostegno del loro utilizzo, motivazioni che nascono da vantaggi su due fronti:

- ❖ per gli operatori che le adottano,
- ❖ per i pazienti assistiti con tali modalità.

La diffusione dei suddetti strumenti, sebbene in costante crescita, non è nelle varie volte né uniforme né ancora adeguata. Ed è proprio in quest'ottica che la formazione e l'aggiornamento professionale trovano il loro senso più compiuto: la formazione degli adulti, infatti, ha valore se e quando approda a risultati sul piano comportamentale, se ciò che si ascolta, si discute, si valuta diventa, oltre che bagaglio di conoscenza personale, competenza applicata nell'operatività.

Davanti a un problema qualsiasi nella vita quotidiana, e, in particolare, nell'ambiente sanitario-assistenziale, si ritrovano diverse posizioni, così schematizzabili:

da un lato vi è l'**esperto**, il maestro, che in base a una ricca esperienza sull'argomento, cerca di offrire il suo sapere ai "**meno esperti**";

Questi ultimi possono assumere vari atteggiamenti:

- **il pigro** (utilizzatore acritico) - colui che non ha alcuna intenzione di affrontare il problema e trova utile che qualcuno gli fornisca conclusioni pre-confezionate;
- **il bastian contrario** (controesperto) - colui che, in base alla sua esperienza, non importa quanto ricca, giunge, sempre o quasi, a conclusioni contrarie rispetto al maestro;
- **il giapponese** (utilizzatore scaltro) - colui che, partendo dalle raccomandazioni del maestro cerca di migliorarle, o ottimizzarle nella propria realtà¹¹.

Ma se gli esperti sono più d'uno, non sono d'accordo tra loro o sono di altre nazioni e di culture diverse dalla nostra, chi ascoltare? Questo problema si è presentato con grande attualità prima di tutto in ambito medico, in particolare oncologico, a causa della sempre crescente complessità delle soluzioni terapeutiche e della necessità di decentramento dell'assistenza per molte patologie, anche di natura complessa: sono stati compilati per questo i primi "protocolli", per classificare con rigore le malattie tumorali, le modalità di attuazione delle cure, le scelte dei farmaci, le modalità di somministrazione etc...

I cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano (es. sistema di pagamento a prestazione o DRG, processo di accreditamento istituzionale) hanno trasportato questi documenti dal "laboratorio"(utilizzo da parte di studiosi e ricercatori), alla pratica quotidiana. La più notevole conseguenza di questa

¹¹ BARONCIANI D., *Origine e significato delle linee guida*, Atti Convegno Nazionale CNAI, Marina di Massa, ottobre 2000.

tendenza, è, per gli operatori, la possibilità di utilizzare questi strumenti come mezzi di valutazione della qualità dell'assistenza, quando si voglia confrontare il proprio operato con uno standard di riferimento.

Le linee guida si inseriscono, quindi, come il risultato di un processo che elabora “raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico per assistere professionisti e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”¹².

Gli obiettivi principali per la definizione di una linea guida sono:

- **Pesigenza di cambiamento** (introdurre nuovi comportamenti /tecniche/metodi oppure incrementare/ridurre/far cessare comportamenti già consolidati)
- **Pesigenza di ridurre la variabilità**, spesso non giustificata, nel comportamento dei professionisti.

Tre elementi devono essere tenuti in considerazione nella definizione delle linee guida:

1. la funzione di supporto decisionale tramite raccomandazioni su specifiche condizioni clinico - assistenziali,
2. lo sviluppo sistematico delle linee guida, attraverso la raccolta, l'esame, la valutazione delle conoscenze scientifiche,
3. il coinvolgimento dei pazienti nel processo di sviluppo e utilizzo delle linee guida.

Le linee guida hanno requisiti essenziali, tra cui possono menzionarsi:

- ❖ la **fondatezza** (cioè le raccomandazioni in esse contenute devono essere basate su quanto emerge dalla letteratura scientifica)
- ❖ la **forza delle raccomandazioni**, e cioè la misura del grado con cui le diverse indicazioni di comportamento sono sostenute da evidenze

¹² Definizione dell'Istituto di Medicina di Washington, 1992, accettata a livello internazionale, per l'Italia dalla Federazione delle Società Medico- Scientifiche Italiane

scientifiche di buona qualità; in sostanza, chi utilizza la linea guida deve sapere quanto sia sostenuta da studi scientifici e quanto dall'opinione di esperti; per questo motivo occorre “classificare” ciascuna raccomandazione. Esistono vari sistemi di classificazione delle raccomandazioni. Esse devono essere, inoltre, adattabili alle situazioni locali, anche in termini organizzativi e di risorse disponibili; e devono, infine, essere revisionate in modo sistematico.

Sembra ovvio che una linea guida possa essere tanto più efficace se la sua produzione è frutto del lavoro di chi dovrà utilizzarla, tanto meglio se scaturisce dal lavoro di un gruppo multidisciplinare; ciò però non sempre è possibile poiché la produzione di una linea guida spesso implica un dispendio eccessivo di tempo e di risorse umane (queste ultime in ambito sanitario sono quasi sempre inferiori alle reali necessità).

La soluzione può essere forse nell'acquisizione di linee guida di produzione “centrale” (autorevoli istituzioni a livello internazionale - nazionale) con adattamento a livello “locale” in fase di implementazione.

3.2 Linee Guida / Protocolli / Procedure



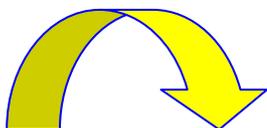
Quando ci si riferisce a tali termini spesso si incorre in equivoci, pertanto sembra conveniente enunciare le caratteristiche distintive tra questi strumenti. Il concetto di linea guida è univoco, ovvero vi è una totale coincidenza tra le definizioni proposte nell'ambito della cultura medica, di quella infermieristica, nella normativa nazionale di accreditamento, nella normativa di Certificazione Iso 9000/Vision2000¹³. Le definizioni di Protocolli e Procedure invece non sono altrettanto univoche.

Consapevoli di queste difformità, ci si limita all'ambito infermieristico:

- ❖ **linee guida:** consigli di condotta operativa; flessibili; valenza generale; multidisciplinari ;
- ❖ **protocollo:** modello formalizzato di comportamento professionale della cui stesura sono responsabili gli operatori che lo utilizzano e che lo devono condividere con gli altri professionisti che con lui collaborano (attuando l'integrazione orizzontale). Consiste nella descrizione di una successione di azioni fisiche, mentali, verbali la cui inosservanza si ripercuote sul singolo professionista.
- ❖ **procedura:** sequenza dettagliata di atti descritte in sequenza logica, che compongono un'azione infermieristica- possono essere orientative o rigide/prescrittive.

¹³ CERATI C., *Differenze tra linee guida, procedure, protocolli*, Atti Convegno Nazionale CNAI, Marina di Massa, ott. 2000

Per esemplificare quanto detto si riporta l'elencazione dei Protocolli / Procedure previsti nella Sala Risveglio del Complesso Operatorio dell'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo.



Protocolli

Procedure

FASE PRE-OPERATORIA

ACCOGLIENZA	PASSAGGIO IN BARELLA, CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA, EVENTUALE PREMEDICAZIONE DEL PAZIENTE, PRIMA DEL PASSAGGIO DAL LETTO ALLA BARELLA, (PER I PAZIENTI FRATTURATI) CONTROLLO DELLA
TRICOTOMIA	TRICOTOMIA, (VERIFICARE SE ESEGUITA CORRETTAMENTE) L'INFERMIERE DI S.R. SI OCCUPA DEL PASSAGGIO IN BARELLA
PASSAGGIO IN BARELLA	DEL PAZIENTE CON MANOVRE APPOSITE IN BASE ALLE PROBLEMATICHE CHE SI PRESENTANO L' INFERMIERE APPLICA DELLE PLACCHETTE AL PZ PER
MONITORAGGIO: ➤ ATTIVITA' CARDIACA ➤ PRESSIONE ARTERIOSA ➤ OSSIGENAZIONE	MONITORARE L' ECG; POSIZIONA L'APPARECCHIO DI PRESSIONE ED IL SATURIMETRO; INCANNULA VENA PERIFERICA E PREMEDICA I PAZIENTI.
SUPPORTO PSICOLOGICO	L' INFERMIERE SPIEGA AL PZ CIO' CHE VERRA' FATTO IN S.R., CERCANDO DI INSTAUTARE UN

ASSICURAZIONE DI
COMFORT AL

PAZIENTE IN S.R.

COMPILAZIONE DELLA
SCHEMA
INFERMIERISTICA

TRASFERIMENTO DEL
PAZIENTE IN SALA
OPERATORIA

RAPPORTO DI FIDUCIA.
L'INFERMIERE SI ACCERTA CHE
IL PAZIENTE ABBA TUTTO CIO'
CHE SIA CONSENTITO AVERE
PER RENDERE
MENO TRAUMATICA LA SUA
PERMANENZA IN SALA
OPERATORIA.

L'INFERMIERE COMPILA LA
SCHEMA INFERMIERISTICA,
RIEMPIENDOLA IN TUTTE LA
SUE PARTI.

L'INFERMIERE , INSIEME AL
COLLEGA DI SALA OPERATORIA
, ACCOMPAGNA IL PAZIENTE
CON ACCORTEZZA.

FASE POST-OPERATORIA

MONITORAGGIO:

1. ATTIVITA' CARDIACA
2. PRESSIONE ARTERIOSA
3. OSSIGENAZIONE
4. LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE
5. DOLORE
6. DIURESI
7. DRENAGGI
8. RESPIRAZIONE
9. ESCURSIONI TORACICHE
10. INFUSIONE
11. TEMPERATURA

L'INFERMIERE MONITORIZZA IL
PAZIENTE COLLEGANDO IL
CAVETTO DELL' ECG, DELLA
PRESSIONE ARTERIOSA
INCRUENTA (IN BASE AI CASI,
PRESSIONE ARTERIOSA
CRUENTA), DEL SATURIMETRO;

CONTROLLA IL LIVELLO DI
COSCIENZA DEL PAZIENTE
FACENDO QUALCHE SEMPLICE
DOMADA. CHIEDE SE HA
DOLORE, SOMMINISTRANDO, IN
TAL CASO, FARMACI
ANALGESICI;

CONTROLLA LA DIURESI, I
DRENAGGI, L'ESCURSIONI
TORACICHE DEL PAZIENTE, LA
TEMPERATURA;

IN BASE ALLE ESIGENZE
POSIZIONA IL RISCALDATORE
CON L' APPOSITA COPERTA

TERMICA;

CONTROLLA LE INFUSIONI ED
EVENTUALMENTE SOSTITUISCE
LE MEDICAZIONI DELLE VENE ,
DELL'ARTERIA, DELLA FERITA
CHIRURGICA;
SE NECESSARIO POSIZIONA
BORSA DI GHIACCIO;
CAMBIA I SACCHETTI DI
DRENAGGIO, DIURESI, S.N.G.

3.3 Infermieri e Strumenti Informativi



L'infermiere, in quanto professionista sanitario autonomo responsabile dell'assistenza generale infermieristica, è chiamato ad agire in risposta ai bisogni del paziente all'interno del complesso sistema normativo composto da norme giuridiche, deontologiche e disciplinari. Dovrebbe essere ormai acquisito il fatto che un'assistenza di qualità si basa su interventi di documentata efficacia: un agire quindi riferito non alla "tradizione" tramandata e suggerita da colleghi seppure con maggiore esperienza, bensì derivante dalla ricerca di informazioni valutate criticamente e applicate, documentandone i risultati. Avere indicazioni scritte sulle modalità di effettuazione di alcune attività ha una duplice finalità:

- ❖ è a sostegno della corretta esecuzione (integrazione, sostegno decisionale, recupero veloce di informazioni per una prestazione rara o complessa) con conseguente vantaggio per il paziente;
- ❖ è a sostegno della documentazione di come le attività vengono svolte (per l'integrazione di nuovi operatori o studenti, per dichiarare l'onere assistenziale, per tutela legale, per attività di ricerca) con conseguente vantaggio per gli operatori¹⁴;

Le informazioni di natura scientifica per una buona pratica infermieristica derivano dagli studi fatti sull'assistenza: da qui nasce l'esigenza di incrementare l'attività di ricerca infermieristica e di diffondere la conoscenza



dei risultati, e anche quella di confronto con le esperienze internazionali, cui oggi abbiamo accesso grazie alla letteratura tradizionale e alla possibilità di connessione alle varie banche dati on-line. Se un salto di qualità è la linea guida quale punto di

¹⁴ CASATI M., *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 1999.

riferimento, salto ancora più grande è l'accettazione critica della stessa, che dispone a un impegno di ricerca e di sperimentazione anche in campo infermieristico.

Una volta appurata la validità di una linea guida e stabilita la volontà e necessità di utilizzare questi strumenti, nasce il problema dell'applicabilità: il primo passo necessario è la creazione di un **team**, se possibile **multidisciplinare**, all'interno del quale condividere gli obiettivi e valutare i risultati, naturalmente è fondamentale avere accesso alle fonti di informazione - cartacee, informatiche ecc.. Un ruolo chiave è giocato da chi (spesso, ma non necessariamente, al livello di coordinamento) agisce da “**facilitatore**”, da agente di cambiamento, stimolando il coinvolgimento dei singoli; è stato dimostrato che è più facile convincere della necessità di cambiare le pratiche, di definire strumenti scritti, se è stata documentata una variabilità di comportamenti all'interno dello stesso reparto e tra reparti diversi e se le pratiche sono molto diverse da quelle raccomandate in letteratura.

E' necessario mirare gli interventi: alcune pratiche possono essere già svolte in modo soddisfacente mentre altre possono richiedere interventi educativi specifici; occorre considerare la presenza di eventuali problemi strutturali, organizzativi, comportamentali che ostacolano l'adozione delle nuove misure; occorre vincere, talvolta, convinzioni immotivate. E', infine, fondamentale che ogni operatore diventi attore del cambiamento, valutando il proprio operato sulla base di criteri di valutazione concordati insieme.

Una definizione di qualità descrive quest'ultima come: “Il rapporto tra i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili”¹⁵. Le linee guida indicano, sulla base delle conoscenze disponibili, il comportamento clinico appropriato nel paziente medio, lasciando alle competenze e all'esperienza del professionista la gestione del caso singolo: sono quindi strumenti per

¹⁵ DONABEDIAN A., *op. cit.*

l'autonomia professionale e garanzia per la qualità dei risultati. Protocolli e procedure sono il modo più corretto e visibile per dimostrare che ciò che facciamo è espressione di competenze e professionalità.

3.4 La Consulenza Infermieristica

Consulenze informali tra infermieri venivano effettuate anche in passato, ma



una consulenza richiesta e fornita in modo ufficiale, a seguito di una specifica programmazione da parte del Servizio infermieristico, rappresenta un'innovazione degli ultimi anni, suscettibile di dare un importante contributo al miglioramento della competenza dei professionisti coinvolti e delle loro prestazioni.

La consulenza infermieristica si può definire come il processo tramite il quale un infermiere fornisce informazioni e consigli su metodiche e tecniche professionali nella materia in cui ha sviluppato una particolare competenza.

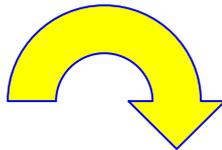
I principali **vantaggi** che essa può apportare sono:

- un beneficio diretto e immediato, che è quello di contribuire a gestire in maniera ottimale un caso specifico. Per esempio, in una unità di cardiocirurgia può essere ricoverata una persona con tetraplegia che ha problemi vescicali e intestinali ed è esposta a un alto rischio di lesioni da compressione. Se gli infermieri non hanno le conoscenze e l'esperienza che occorrono per rispondere ai bisogni di questa persona, possono richiedere la consulenza di un collega esperto;
- il vantaggio di aumentare le competenze degli infermieri che hanno richiesto la consulenza e che affiancano il collega consulente al momento in cui visita il paziente e suggerisce o effettua determinate prestazioni. Poiché è probabile che essi, almeno in qualche caso, possano gestire da soli situazioni analoghe in futuro, si può dire che la consulenza infermieristica migliora il livello di conoscenze e di capacità dell'intero gruppo professionale;

- infine, un vantaggio per tutta l'azienda sanitaria, che viene messa in grado di conseguire migliori esiti per i suoi clienti e di ottimizzare l'uso delle sue risorse.

La *consulenza infermieristica va pianificata*, di norma a cura del Servizio infermieristico. Un possibile percorso di pianificazione è il seguente:

1. *Scelta delle prestazioni in merito alle quali organizzare il servizio di consulenza:* si tratta in genere di quelle dal carattere più "specialistico" e di quelle che possono maggiormente contribuire a evitare disagi e disturbi ai pazienti. Da una sperimentazione in un'azienda sanitaria compiuta nell'anno 2007, che ha compreso 79 prestazioni di consulenza, è risultato che questa è stata maggiormente richiesta in materia di:



- ✚ istruzione del paziente nella gestione della stomia uretrale;
- ✚ controllo e posizionamento della stomia;
- ✚ irrigazione della colostomia in preparazione di.....;
- ✚ valutazione delle lesioni da compressione;
- ✚ sostituzione e medicazione di drenaggio pleurico;
- ✚ controllo del drenaggio toracico;
- ✚ istruzione dell'operatore nella rimozione del catetere venoso centrale;
- ✚ controllo della cannula tracheale e istruzione del paziente per il mantenimento a domicilio;
- ✚ istruzione dell'operatore sulla mobilizzazione corretta del paziente politraumatizzato;
- ✚ educazione sanitaria all'utente e alla famiglia.

In un'altra esperienza, dedicata specificamente alla *wound care*, le consulenze offerte dall'infermiere esperto sono state accuratamente predefinite in:

- ✚ consulenze informative sulle modalità di prevenzione delle lesioni;
- ✚ consulenze informative sui presidi messi a disposizione dall'azienda per la prevenzione e la cura delle lesioni;
- ✚ consulenze sul trattamento con eventuale presa in carico del paziente, secondo criteri prestabiliti nella procedura, da parte dell'infermiere esperto per l'esecuzione della medicazione.

Tra le decisioni da assumere fin dall' inizio vi è quella riguardante l'ambito nel quale esercitare la consulenza infermieristica: questa può essere fornita in un ospedale, nel territorio ecc.

In alcuni casi l'infermiere di un'azienda sanitaria esperto in una certa materia funge da consulente anche per altre aziende.

2. *Informazione e coinvolgimento di tutti i coordinatori e gli infermieri in merito all'iniziativa. Si tratta di spiegarne gli obiettivi, di raccogliere pareri e disponibilità, di programmare insieme una prima fase sperimentale per poi valutarne i risultati, ecc.*
3. *Individuazione degli infermieri da considerare potenziali consulenti, in quanto esperti in uno o più campi, e successiva selezione di quelli da destinare effettivamente all'erogazione di consulenze.*
4. *Formazione di tali infermieri sulla responsabilità e sulle modalità della consulenza, anche per sollecitare il loro impegno a un costante aggiornamento nella materia di cui sono esperti.*

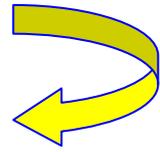
5. *Definizione delle modalità gestionali per lo svolgimento della consulenza*, che di norma rappresenta un'attività che si aggiunge a quelle ordinariamente svolte dagli infermieri prescelti. È necessario fissare orari, stabilire se l'infermiere che si allontana dall'unità operativa per fornire consulenze debba essere sostituito e da chi e così via. La letteratura mostra però delle situazioni particolari: per esempio, nel citato caso di attivazione della consulenza infermieristica in wound care (svolta nell'azienda da un solo operatore) l'infermiere identificato come esperto è stato inserito a tempo pieno nell'attività dell'Osservatorio aziendale sulle lesioni cutanee, avendo come compito principale, appunto, la consulenza ai colleghi. Queste considerazioni mostrano quanto la gestione della consulenza infermieristica impegni i coordinatori e il Servizio infermieristico.
6. *Stesura della procedura per lo svolgimento della consulenza*, con particolare riferimento al percorso della richiesta e alla preparazione del relativo modulo.



Capitolo 4

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

(VQAI)



4.1 Perché valutare la qualità dell'assistenza infermieristica



Le motivazioni che devono indurre gli infermieri a valutare la qualità (VQAI - valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica) delle cure previste sono numerose e fondamentali, in quanto tutta l'attività sanitaria deve essere fornita ad un livello ottimale e venire sottoposta a verifica e revisione sistematica lungo un percorso che conduca al mantenimento e, ove possibile, al miglioramento e all'implementazione della sua qualità.

Due elementi sono comunque fondamentali:

- il **primo** è che la continua crescita della spesa sanitaria si accompagna nel contempo alla riduzione della disponibilità a spendere da parte della comunità; ne deriva quindi una politica di risparmio attraverso una migliore allocazione delle risorse che, se non opportunamente guidata dai professionisti della sanità, potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza. E' molto importante a tal proposito che la professione infermieristica venga vista in un'ottica nuova e cioè non più solo con funzione specifica di aiuto alle persone per rispondere ai bisogni bio - psico - sociali, ma anche quale attore nel governo della spesa. Se è infatti il medico che legittima la domanda e decide la risposta in termini di ricovero, durata dello stesso, farmaci, accertamenti,...; l'infermiere non svolge un ruolo meno determinante, in quanto decide in autonomia la risposta ai bisogni specifici della popolazione in termini di prestazioni, qualifica e numero del personale e risorse impiegate.

- Il **secondo** motivo è la discrepanza tra la qualità dell' assistenza infermieristica che teoricamente sarebbe possibile erogare (*efficacy*) e la qualità che in pratica viene erogata (*effectiveness*). Questa discrepanza è dovuta, nella maggior parte dei casi, ad una incompleta applicazione di tutte le condizioni che portano ad un risultato ottimale.

La valutazione della qualità diventa così uno strumento per migliorare la propria professionalità perché solo il professionista che misura e confronta i risultati della propria pratica con quelli attesi è in grado di riscontrare eventuali differenze identificandone le cause e ponendo la misura di miglioramento¹⁶.

Una particolarità della VQAI è quindi quella di essere correttiva e mai punitiva. Ciò spiega il motivo per cui viene accettata nei momenti in cui viene proposta, proprio grazie al suo valore educativo.

Il processo di VQAI si differenzia dal processo di *nursing*¹⁷ perché, mentre quest' ultimo ha come fine ultimo quello di fornire un'assistenza individualizzata, la VQAI serve a migliorare continuamente il livello delle prestazioni dell' assistenza infermieristica.

Come il processo di *nursing* anche la VQAI si può suddividere in varie fasi poiché anch'esso è un processo dinamico e scientifico.

La prima fase è l'**ideazione**, ovvero il momento in cui si raccolgono gli elementi essenziali che dovranno costituire lo strumento di misura:

- la scelta del campione,
- la scelta degli indicatori,

¹⁶ BONOLDI A., GRUGNETTI A. M., "Il miglioramento continuo della qualità assistenziale", *Nursing oggi*, n. 1, 1996.

¹⁷ Il processo di *nursing* è un processo dinamico, terapeutico ed educativo che prende in considerazione i bisogni sanitari della comunità. Si può suddividere in varie fasi:

1. la valutazione iniziale, che comprende la raccolta dei dati attraverso l'osservazione, l' intervista e l'esame fisico, ed una identificazione dei problemi attraverso l'analisi dei dati e la formulazione della diagnosi infermieristica;

2. la pianificazione dell'assistenza, che comprende la scelta delle priorità, la scelta delle risorse necessarie, l'elaborazione degli obiettivi e dei risultati che il malato deve raggiungere, nonché l'elaborazione di un piano d'azione;

3. la messa in atto delle azioni infermieristiche;

4. la valutazione dei risultati in funzione degli obiettivi descritti

- la metodologia di raccolta dati, ecc...

La seconda fase è quella in cui si verifica l'attendibilità e la corretta attuazione del metodo ideato. Poi c'è la **messa in atto** del metodo sui campioni in diversi servizi e presidi sanitari; ed infine il confronto con altri servizi /centri (**benchmarking**).

Quindi, procedere ad una valutazione dell'assistenza infermieristica vuol dire:

1. Descrivere l'attività infermieristica come dovrebbe essere a livello ottimale (qualità teorica);
2. Descrivere l'attività infermieristica così come viene svolta nella realtà;
3. Misurare l'attività infermieristica con l'ausilio di norme e criteri che sono espressione di una qualità concettuale dell'attività infermieristica;
4. Individuare le criticità e i punti di debolezza;
5. Stabilire un piano di azioni correttive per gli elementi che non corrispondono alle norme o ai criteri per raggiungere un miglioramento della qualità delle prestazioni.

4.2 Come Valutare la Qualità dell'Assistenza Infermieristica



Per migliorare la qualità è necessario definire i componenti della qualità che si vogliono utilizzare:

- A. gli indicatori in grado di oggettivare il fenomeno preso in esame;
- B. gli standard;
- C. i criteri di valutazione.

Rispetto a tali indicatori e standard verranno poi definiti gli obiettivi e ne verrà verificato il grado di raggiungimento.

L'**INDICATORE** è una "variabile che ci consente di descrivere un fenomeno complesso". Il concetto di indicatore è legato a quello di controllo e quindi di elemento che deve permettere di rilevare e misurare i processi assistenziali nel loro insieme di azioni e risultati, al fine di promuovere iniziative di valutazione e cambiamento.

L'indicatore deve essere scelto dopo un'accurata analisi degli indicatori utilizzati in esperienze simili. Inoltre è importante utilizzare indicatori che possano essere resi disponibili tempestivamente¹⁸.

Gli indicatori sono numerosissimi e dipendono da "cosa" si sta cercando di paragonare (caratteristica **qualitativa**) o di misurare (caratteristica **quantitativa**); indicatore può essere sia il "**valore**" che lo "**strumento**" utilizzato per misurare l'oggetto di osservazione.

Il contributo degli infermieri è fondamentale per raggiungere la qualità dell'assistenza sanitaria poiché sono gli unici professionisti vicini al paziente durante tutte le 24h, ed è per questo che è anche loro compito individuare gli indicatori che consentano di valutare quanto e come il proprio lavoro risponde ai bisogni dei pazienti.

¹⁸ FOCARILE F., *op. cit.*

Un esempio di indicatore sanitario può riguardare l'**accoglienza** del paziente all'interno della struttura. In molti manuali di accreditamento l'accoglienza viene considerata uno degli indicatori di qualità¹⁹ specifico dell'assistenza infermieristica, in quanto sono gli infermieri i principali responsabili dell'organizzazione dell'unità operativa.

L'accoglienza può essere un indicatore di organizzazione della struttura, di attività degli infermieri e di presa in carico complessiva del paziente (valutando ad esempio l'efficienza dell'équipe nell'applicazione delle procedure stabilite). Può, in ultima analisi, essere un indicatore di esito, misurando le conseguenze del processo di accoglienza sul paziente.

Nell'ambito degli indicatori ve ne sono alcuni più sensibili e sono quelli che misurano:

- "**l'incidente critico**"
- "**l'evento sentinella**".

Il **primo** è un evento non grave per la salute del paziente che si è verificato ma che sarebbe potuto essere evitabile.

Il **secondo** è un evento più grave in quanto il verificarsi di un solo caso indica un problema assistenziale (ad esempio la morte durante un intervento chirurgico "semplice", oppure la morte durante un parto,....). Ogni evento sentinella va studiato, isolato ed è opportuno ricercare le cause del suo verificarsi per prendere gli opportuni provvedimenti.

Lo **STANDARD** presenta molti significati. Attualmente nella VRQ si usa per indicare l'insieme di criterio e soglia. Esso viene definito come la "frequenza auspicabile a livello ideale che deve essere raggiunta da una variabile; il

¹⁹ Gli indicatori possono fare riferimento agli aspetti strutturali (**indicatori strutturali**), a livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate (**indicatori di processo**), ai risultati raggiunti (indicatori di esito o risultato).

Un indicatore di qualità strutturale per un infermiere può essere quello di avere a disposizione all'interno dell'Unità Operativa dei presidi monouso adeguati per le attività e per le prestazioni.

Un indicatore di qualità di processo per un infermiere può essere riferito all'elaborazione ed all'utilizzo di piani di lavoro, procedure e protocolli specifici per ogni prestazione di competenza.

Un indicatore di qualità di risultato per un infermiere può essere riferito all'assenza di lesioni da decubito, alla garanzia della privacy, all'assistenza di complicità.

livello e' stabilito in maniera arbitraria dai responsabili riconosciuti dalla professione infermieristica".

Alcune volte al posto della parola standard si usa il termine requisito²⁰.

Volendo fornire un esempio esaminiamo il caso di un infusione di farmaci attraverso CVC (catetere venoso centrale). L'indicatore è l'asepsi; lo standard è l'asepsi garantita almeno al 90% (grazie alla professionalità dell'infermiere che avrà preparato tutto il materiale e rispettato i criteri di sterilità della manovra).

Un altro esempio può riguardare le infezioni da cateterismo vescicale. Il primo intervento consiste nel procedere alle operazioni di cateterismo vescicale e istruire gli infermieri. Attraverso gli indicatori verranno individuate le percentuali di infezione per catetere vescicale e lo standard sarà quello di mantenere (ad esempio) al 2% la percentuale di infezioni alle vie urinarie a seguito di cateterismo. L'obiettivo sarà quello di ridurle ancora di più attraverso un'analisi ulteriore delle procedure.

²⁰ Q. A., *Glossario*, n. 3, 1992

Il **CRITERIO** é “la variabile rilevabile in modo riproducibile ed accurato che permette di giudicare la qualità di una prestazione o di un trattamento”²¹.

Questa definizione si riferisce ai criteri espliciti. Si parla però anche di criteri impliciti per indicare i riferimenti culturali e di esperienza personale che un esperto utilizza nel valutare la qualità di un trattamento.

Questi ultimi vengono usati sempre meno perché si è visto che gli esperti sono spesso in disaccordo su quali criteri utilizzare nella pratica.

Secondo molti autori il criterio deve possedere alcune caratteristiche riassumibili con l'acronimo **CROMO**, ovvero il criterio deve essere:

- C comprensibile;
- R ragionevole (condiviso da tutti);
- O osservabile;
- M misurabile (la variabile attraverso cui è espresso deve essere suscettibile di misura);
- O ottenibile.

Un esempio al fine di comprendere meglio quanto sopra esposto può riguardare la prevenzione delle piaghe da decubito.

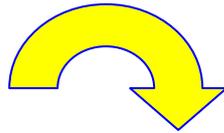
Gli indicatori sono le procedure che definiscono i rischi da lesioni da decubito. Lo standard ottimale che ci aspetteremmo di riscontrare é il 100% dei pazienti a rischio privi di lesioni da decubito.

I criteri consistono in:

- 1) visione dei protocolli per la prevenzione di tali lesioni;
- 2) utilizzo dei materassi antidecubito;
- 3) individuazione dei soggetti a rischio;
- 4) informazione ai pazienti del rischio da allettamento prolungato.

²¹ MOROSINI P., PERRARO F., *Glossario ragionato e illustrato per il miglioramento continuo di qualità in sanità*, Centro Scientifico, Torino, 1993.

4.3 La Verifica e la Revisione della Qualità (VRQ)



"La verifica e revisione della qualità è la misura del livello reale della qualità dei servizi erogati sommata agli sforzi fatti per modificarne quando necessario, le caratteristiche, alla luce dei risultati della misurazione stessa"²².

La VRQ può essere intesa come un processo dinamico e continuo che, partendo dall'osservazione quotidiana dell'assistenza, ne individua le carenze e si propone di risolverle.

La VRQ è caratterizzata da vari elementi, quali:

- ❖ la **centralità** dell'utente,
- ❖ la **multidisciplinarietà** (tutti gli operatori sono coinvolti),
- ❖ la **finalità non punitiva** (raggiungere obiettivi e non sanzionare errori),
- ❖ l'**accessibilità** (il sistema informativo è aperto).

Oggi giorno si tende ad utilizzare al posto della sigla **VRQ**, quella di **MCQ** (miglioramento continuo della qualità) in quanto meglio accettata perché non evoca il concetto "verifica effettuata da altri".

Sono molti i motivi per cui è importante monitorare e verificare la qualità dell'assistenza infermieristica.

Innanzitutto è fondamentale per noi infermieri monitorare continuamente la qualità dell'assistenza erogata poiché solo in questo modo è possibile documentare se la nostra attività viene esercitata rispettando le linee guida, i protocolli e soprattutto il codice deontologico.

Infatti, osservare il codice deontologico significa garantire un'assistenza infermieristica di qualità sia dal punto di vista tecnico che scientifico, umano e morale, ma soprattutto un'assistenza in piena autonomia.

²² HANNU, VUORI, *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari, concetti e metodologia*, Edimedica Due, Edizione Italiana, 1985.

E' quindi importante che gli infermieri si autovalutino e che verificano continuamente la qualità dell'assistenza erogata proprio perché in questo modo si possono constatare le carenze e vi si può porre rimedio.

Con i sistemi di VRQ si possono 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 ed è per questo che ci sono pressioni internazionali e sul piano legislativo affinché tutti i servizi sanitari adottino sistemi di VRQ al fine di garantire livelli assistenziali idonei alle richieste della popolazione.

4.4 La Cartella infermieristica

La cartella infermieristica è uno dei metodi di valutazione e verifica:

- della qualità dell'assistenza erogata;
- della qualità intrinseca del documento (chiarezza, completezza, ecc.).



La cartella infermieristica deve essere utilizzata come fonte di indicatori di qualità utili per la VRQ.

Essa è uno strumento in cui vengono riportate tutte le informazioni relative al paziente, ai bisogni individuati, alle azioni infermieristiche da adottare per raggiungere gli obiettivi assistenziali ed alle valutazioni inerenti l'efficacia degli interventi attuati.

Tra le finalità della cartella infermieristica, oltre alla raccolta sistematica della documentazione e dei dati utili, la responsabilizzazione dell'infermiere, la formulazione di un piano di assistenza individuale, vi è anche la valutazione della qualità dell'assistenza.

L'esperienza ha dimostrato come sia di fondamentale importanza prestare particolare attenzione alla parte grafica della cartella, che deve essere scritta e firmata con una calligrafia leggibile, deve essere precisa, specifica, compilata senza esprimere giudizi di valore, concisa ma sufficientemente descrittiva, omettendo righe in bianco per non essere falsificata e scritta su entrambe le facciate per ridurre la voluminosità.

E' opportuno che ogni gruppo di lavoro progetti e disegni una propria cartella infermieristica: l'esigenza di lavorare nel gruppo con uniformità ed omogeneità, di avere un linguaggio comune, di avere un approccio pragmatico, di poter usufruire dei dati raccolti nella scheda ha portato alla scelta di elaborare dei protocolli²³.

I vantaggi che derivano dall'utilizzazione della cartella infermieristica sono molteplici:

²³ EVANGELISTA M.P., FALASCA S., SCELSI S., *La scheda infermieristica come crescita dell'autonomia professionale: percorsi e metodi*, INTERNET, Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna.

- migliore relazione tra infermiere e paziente;
- motivazione, coinvolgimento e soddisfazione del personale infermieristico (qualità per l' infermiere);
- assistenza individualizzata e programmata (qualità per l'utente);
registrazione delle risposte del paziente alle misure assistenziali;

Oltre alla cartella infermieristica anche il **questionario** é visto come metodo che aiuta ad analizzare e a superare i problemi modificando e migliorando i comportamenti degli operatori sanitari.

Con il suo utilizzo si viene a conoscenza del livello di qualità "**percepita**", ovvero del grado di soddisfazione del paziente. Questo corrisponde allo scarto esistente tra ciò che ha ricevuto e ciò che si attendeva, permettendo di individuare i punti critici dell'assistenza data e dell'ambiente offerto, e quindi di intervenire per un miglioramento continuo della qualità dell'operato. Il questionario è compilato in forma anonima, gli unici dati richiesti riguardano l'età e il sesso.

La scelta delle domande, di solito, viene fatta in base agli elementi che si vogliono esplorare e valutare, evitando, pero, di formularne troppe per non correre il rischio di rendere il questionario troppo dispersivo e lungo nella sua compilazione.

Le possibilità di giudizio vanno da ottimo ad insufficiente, per offrire un maggior numero di possibilità di risposta. Inoltre, al termine, si lascia libero spazio ad eventuali osservazioni.

4.5 La Cartella Infermieristica Informatizzata



La cartella infermieristica informatizzata rappresenta un'evoluzione tecnologica della Cartella Infermieristica; origina dalla necessità di predisporre uno strumento informativo utile non solo per la pianificazione e la documentazione dell'assistenza, ma anche per sopportare in modo ottimale un modello organizzativo basato sulla razionalizzazione dei percorsi clinico assistenziali del proprio ambito operativo.

Per raggiungere questi obiettivi primari di pianificazione, presso gli ospedali della Provincia Romana dei Fatebenefratelli²⁴ (Roma, Napoli, Benevento, Palermo), si è sviluppato un progetto, in tappe graduali, finalizzato a:

"Identificare e riconoscere, registrare le attività autonome e collaborative degli infermieri, informatizzando, inizialmente, la documentazione routinariamente più semplice (consegna/rapporto). In seguito si è avvertita l'esigenza di predisporre piani standard e protocolli operativi, rilevando le necessità assistenziali specifiche di ogni persona ricoverata, attraverso l'accertamento del grado di dipendenza dei ricoverati nel soddisfare i bisogni fondamentali e progettare, di seguito un piano di cure personalizzato".

Il modello di Cartella Infermieristica sempre revisionato e utilizzato nelle sue fasi in forme diverse nelle varie unità operative, fa riferimento al modello concettuale di Virginia Henderson.

Nell'ottica dell'assistenza personalizzata e nella ricerca della qualità, è stato introdotto anche un modulo per la dimissione, ritenuto utile anche nel trasferimento; si vanno inoltre sperimentando, sempre all'interno della

²⁴ Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana, *Vita Ospedaliera*, n. 12, 2004.

cartella infermieristica informatizzata, in alcune realtà operative, le scale per la valutazione del dolore, dello stato di coscienza, dell'integrità cutanea.

Poichè l'elaborazione e l'implementazione di una cartella infermieristica informatizzata risponde agli scopi di:

- ❖ archiviare e gestire le informazioni di pertinenza sanitaria e infermieristica del paziente mediante l'impiego di un mezzo elettronico;
- ❖ trasmettere ed elaborare la statistica dei dati;
- ❖ ottimizzare l'organizzazione delle attività operative, con un effettivo risparmio di risorse, in particolare di tempo;
- ❖ migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di indicatori di controllo analitici;
- ❖ ridurre il rischio di errori derivanti dall'eccessivo e ripetitivo numero di trascrizioni dei dati;

la realizzazione della stessa rappresenta un'operazione complessa, in quanto implica aspetti teorici, metodologici, etici e tecnici, con il coinvolgimento delle diverse figure professionali inserite nell'organizzazione della struttura.

La Cartella Infermieristica Informatizzata dovrà, pertanto, adattarsi alle specifiche caratteristiche del contesto, alle attività ed esigenze degli operatori delle Unità Operativa nella quale è introdotto tale strumento. In particolare, è di pertinenza dell'équipe infermieristica stabilire, attraverso l'analisi dei bisogni assistenziali, la tipologia e la quantità di informazioni che devono far parte del documento informatizzato.

La tipologia delle informazioni dipende dall'analisi di numerose variabili, correlabili alla specialità dell'Unità Operativa e dal modello operativo



adottato dalla struttura.

La cartella può rispondere ai bisogni del paziente e rivelarsi utile per gli operatori, nella misura in cui permetterà l'attuazione di modelli comportamentali atti a migliorare la soddisfazione dei bisogni e a ridurre il rischio delle

complicanze. Sul piano pratico, l'organizzazione della struttura può migliorare globalmente, riducendo il tempo di trasmissione delle informazioni nei cambi turno, favorendo l'informazione anche verso i nuovi infermieri e soprattutto nei confronti degli studenti tirocinanti; inoltre, potrà essere condiviso anche il modello concettuale e operativo di riferimento, per orientare la strutturazione di nuovi strumenti. La cartella infermieristica informatizzata potrà trovare, altresì, una corretta applicazione nella struttura solo quando può essere portata a letto del paziente (la sperimentazione è in corso nella sede di Roma). In pratica, occorre che la registrazione dei dati avvenga contestualmente alla loro rilevazione, altrimenti non si avranno i vantaggi dell'operatività; sempre fondamentale da un punto di vista medico-legale, la possibilità di generare stampe complete o parziali dei dati archiviati. E' necessario sviluppare la compilazione del piano di cura in modo esaustivo con i suoi cambiamenti nel tempo e con i risultati raggiunti dall'assistito.

La previsione futura è volta a implementare la cartella infermieristica informatizzata, per archiviare e gestire al meglio le informazioni di pertinenza infermieristica, correlandole e integrandole con quelle degli altri professionisti sanitari.

Conclusioni



Questo lavoro non pretende di essere esaustivo sul tema della qualità. Molti altri potrebbero essere gli spunti di approfondimento soprattutto per quanto riguarda i metodi di VRQ.

Nel mio piccolo, l'obiettivo che mi ero prefissato, prima di scrivere queste pagine, era di comunicare quanto fosse importante la "**qualità**" all'interno della struttura sanitaria e di quanto si possa fare con l'impegno e la professionalità di ognuno di noi .

Nel cercare di raggiungere questo risultato mi sono soffermato a sottolineare gli "ingredienti" della qualità:

- **la ricerca;**
- **la cultura;**
- **il metodo;**
- **la tenacia;**
- **la formazione.**



Il messaggio che vorrei fosse arrivato a chi avesse letto queste poche pagine è che la qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto può essere migliorato e che nel processo di cura dei pazienti notevole importanza rivestono le

linee guida e l'**EBN** per il continuo miglioramento dell'assistenza erogata.



Allegato 1

Il Patto Infermiere-Cittadino



Questo documento, che costituisce la premessa del **Codice Deontologico**, è stato elaborato dalla rappresentanza professionale degli infermieri nel 1996.

Il Patto è un giuramento, una promessa con la quale l'Infermiere si impegna a:

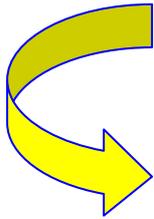
- rendere evidente e concreta la scelta di campo di essere sempre dalla parte dell'assistito;
- sottolineare la pari dignità, come persone, di Infermiere e Cittadino;
- offrire risposte alle aspettative del cittadino-paziente;
- evidenziare cosa ci si può e ci si deve aspettare da un Infermiere.

Il Patto recita come segue:

Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

- Presentarmi al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.
- Sapere chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.
- Farmi riconoscere attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.
- Darti risposte chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.
- Fornirti informazioni utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari.
- Garantirti le migliori condizioni igieniche e ambientali.
- Favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

- Aiutarti ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.
- Individuarti i tuoi bisogni di assistenza, dividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.
- Insegnarti quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.
- Garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.
- Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.
- Ascoltarti con attenzione e disponibilità quando ne hai bisogno. Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.
- Promuovere e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.
- Segnalare agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.



Allegato 2

LEGGE 42/1999

La legge **42/99** abolisce le precedenti denominazioni delle professioni sanitarie non mediche ed abroga i mansionari professionali. Vengono stabilite nuove norme per la pubblicità nel settore sanitario. Sono sancite le modalità per l'equipollenza dei diplomi conseguiti in base ai precedenti ordinamenti con i nuovi diplomi universitari.



Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Articolo 1.

(Definizione delle professioni sanitarie)

La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n.1265, e successive modificazioni, nonché ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della repubblica 14 marzo 1974, n. 225, [1] ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, [2] e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti

didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Articolo 2.

(Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

Articolo 3

(Modifica della legge 5 febbraio 1992, n. 175)

Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, [3] sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti parole: "sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti la professione sanitaria";
- b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: "3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";
- c) all'articolo 3, comma 1, le parole "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40

del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221".

d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti parole: "e sugli elenchi generali di categoria";

e) all'articolo 5, comma 4, le parole "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221".

f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti: "5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere autorizzate per la pubblicità degli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.

5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportare modifiche al testo originario della pubblicità";

g) dopo l'articolo 9 è inserito il seguente:

"Articolo 9-bis. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonché le strutture sanitarie di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente".

Articolo 4

(Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)

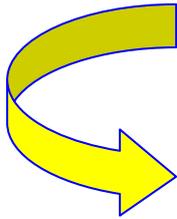
1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, [4] convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n.

573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n.761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione complementare, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato nè degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n.486, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto i cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni e integrazioni.



Allegato 3

Legge 10 agosto 2000, n. 251

La legge 251/2000 permette agli esercenti delle professioni sanitarie di accedere alla laurea di primo livello per l'attività professionale scelta e alla laurea di secondo livello per la dirigenza del settore di appartenenza.

"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000)
Art. 1.

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Art. 2.

(Professioni sanitarie riabilitative)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 3.

(Professioni tecnico-sanitarie)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su

materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

2.Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 4.

(Professioni tecniche della prevenzione)

1.Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali.

2.I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.

Art. 5.

(Formazione universitaria)

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

Art. 6.

(Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento)

1. Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

2. Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni

possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 7.

(Disposizioni transitorie)

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-septies. Con specifico atto d'indirizzo del Comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo nazionale dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

Riferimenti Bibliografici

- BARONCIANI D., *Origine e Significato delle Linee Guida*, Atti Convegno Nazionale CNAI, Marina di Massa, ottobre 2000.
- BONOLDI A., GRUGNETTI A. M., “Il miglioramento continuo della qualità assistenziale”, *Nursing oggi*, n. 1, 2005.
- CALAMANDREI C., ORLANDI C., *La dirigenza infermieristica - manuale per la formazione dell' infermiere con funzioni manageriali*, McGraw-Hill, 2005.
- CERATI C., *Differenze tra Linee Guida, Procedure, Protocolli*, Atti Convegno Nazionale CNAI, Marina di Massa, ottobre 2000.
- CASATI M., *La Documentazione Infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2006.
- DONABEDIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1999.
- EVANGELISTA M.P., FALASCA S., SCELISI S., *La scheda infermieristica come crescita dell'autonomia professionale: percorsi e metodi*, INTERNET, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.
- FOCARILE F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.
- GALGANO A., *I sette strumenti manageriali della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi*, Il Sole 24 ore libri, Milano, 2003.
- GRENIER R., DRAPEAU J., DESANTELS J., *Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992.
- GRUPPIONI V., *Il "Campo Base" del processo di Miglioramento Continuo: il Sistema Qualità come disegnato dalle Norme ISO 9000*, INTERNET, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.
- HAMER S., COLLINSON G., *Evidence-Based Practice*, McGraw-Hill, Milano, 2004.

- HANNU, VUORI, *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari, concetti e metodologia*, Edimedica Due, Edizione Italiana, 1985.
- JAMES A. FAIN, *La Ricerca Infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla*, McGraw-Hill, Milano, seconda edizione, giugno 2004.
- MOROSINI P., PERRARO F., *Glossario ragionato e illustrato per il miglioramento continuo di qualità in sanità*, Centro Scientifico, Torino, 2003.
- OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA FATEBENEFRATELLI, *L'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera, Atti del corso di formazione di esperti di assistenza globale*, Palermo, marzo 2006.
- PALMER R., "Efficienza gestionale e principi base per valutare la qualità dell'assistenza", *Q. A.*, n. 2, 1990.
- *Q. A.*, *Glossario*, n. 3, 1992.
- Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana, *Vita Ospedaliera*, n. 12, 2007.
- SACCANI C., *Qualità e certificazione*, McGraw-Hill, Milano, 1990.
- VANZETTA M., VALLICELLA F., "Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo", *Management Infermieristico*, n. 4, 2000.
- WRIGHT C.C., WHITTINGTON D., *Verifica e revisione della qualità*, Ambrosiana, Milano, 2006.