

CAPITOLO QUINTO

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA (VQAI)

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 motivi sono comunque essenziali: 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.

È molto importante 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 miglioramento⁴⁴.

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

Il processo di VQAI si differenzia dal processo di nursing⁴⁵ 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.

⁴⁴ BONOLDI A., GRUGNETTI A. M., *Il miglioramento continuo della qualità assistenziale*, "NURSING OGGI", n.1, 1996.

⁴⁵ 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.

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: come ad esempio la scelta del campione, la scelta degli indicatori, la metodologia di raccolta dati,

In secondo luogo c'è la verifica del metodo ideato per quanto riguarda la scrupolosità della scelta del campione, i costi,, 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)⁴⁶.

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;

⁴⁶ GOTTA, RICCELLI, *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Rosini, Firenze, 1990.

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.

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 tempestivamente⁴⁷.

Gli indicatori sono numerosissimi e dipendono dal “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.

⁴⁷ 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 qualità⁴⁸ specifico dell'assistenza infermieristica, in quanto sono gli infermieri i principali responsabili dell'organizzazione del reparto.

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'equipe 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" e "l'evento sentinella".

⁴⁸ Gli indicatori possono fare riferimento agli aspetti strutturali (indicatori strutturali), al 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'assenza di complicanze.

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.

Volendo fare degli altri esempi di indicatori, possiamo citare:

- conformità (% di conformità ai protocolli, alle linee guida, alle procedure, ...);
- documenti (% documenti correttamente compilati, ...);
- esito (% pazienti dimessi dopo intervento, operati, reinterventi per complicanza, ...);
- infezioni (% infezioni chirurgiche, urinarie, ...);
- qualità (% certificazioni/anno, attivazione percorsi diagnostico – terapeutici, ...).

INDICATORI DEL SISTEMA QUALITA'

COMMENTO

1 CART % cartelle anestesilogiche compilate

2 CART % cartelle autotrasfusioni non conformi

	% cartelle cliniche "chiuse" (ad esclusione di quelle in attesa di completamento delle attività diagnostiche) con compilazione della SDO entro 48 ore dalla dimissione del paziente		
3	CART		
4	CART	% cartelle cliniche archiviate oltre i termini previsti	
		% cartelle cliniche che non arrivano in sala operatoria con il paziente	
5	CART		
		% cartelle cliniche compilate in tutte le loro parti entro 36 ore dall'ingresso del paziente in reparto	
6	CART		
		% cartelle cliniche conformi agli standard (Leggibilità e completezza, accuratezza del diario clinico)	
7	CART		
		% cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni (ad esclusione di quelle non disponibili in attesa di completamento attività diagnostica)	tutte = se non per lo standard diverso
8	CART		
		% cartelle cliniche consegnate entro 20 giorni (ad esclusione di quelle non disponibili in attesa di completamento attività diagnostica)	tutte = se non per lo standard diverso
9	CART		
		% cartelle cliniche consegnate entro 5 giorni	tutte = se non per lo standard diverso
10	CART		
		% cartelle cliniche consegnate entro 5 giorni dalla riconsegna della scheda di follow up	
11	CART		
		% cartelle cliniche consegnate entro 7 giorni	tutte = se non per lo standard diverso
12	CART		
		% cartelle cliniche di Autotrasfusione conformi agli standard (leggibilità completezza)	
13	CART		
		% cartelle cliniche di DH conformi agli standard	
14	CART		
		% cartelle cliniche informatizzate / cartelle cliniche cartacee	tutte = se non per lo standard diverso
15	CART		
		% cartelle cliniche inviate all'ufficio competente entro i tempi previsti (15gg)	
16	CART		
		% cartelle cliniche mediche e infermieristiche complete in tutte le parti secondo LG comunicate	
17	CART		
		% cartelle cliniche non conformi allo standard	
18	CART		
		% cartelle cliniche richieste per pazienti deceduti / Num. pazienti deceduti	
19	CART		
		% cartelle cliniche richieste dai pazienti / Num. Ricoveri	
20	CART		
		% cartelle cliniche rinviate al reparto per essere corrette e/o revisionate	
21	CART		
		% cartelle cliniche smarrite o non riconsegnate al reparto.	
22	CART		
		% cartelle infermieristiche / cartelle cliniche conformi agli standard (leggibilità completezza)	
23	CART		
		% SDO chiuse entro il 10° giorno del mese successivo	
24	CART		
		% SDO chiuse in tempo reale (ad esclusione di quelle relative a cartelle in fase di completamento)	
25	CART		
26	CART		

Lo STANDARD presenta molti significati, attualmente nella VRQ si usa per indicare l'insieme di criterio e soglia. Viene definito come la "frequenza auspicabile a livello ideale che deve essere raggiunta da una variabile; il livello è stabilito in maniera arbitraria dai responsabili riconosciuti dalla professione infermieristica⁴⁹".

Alcune volte al posto della parola standard si usa il termine requisito⁵⁰.

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 procedurare le 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

⁴⁹ JACQUERYE A., op. cit.

⁵⁰ Q.A., *Glossario*, n.3, 1992.

di infezioni alle vie urinarie a seguito di cateterismo. L'obiettivo sarà quello di ridurle ancora di più attraverso un'analisi ulteriore delle procedure.

Il CRITERIO è “la variabile rilevabile in modo riproducibile ed accurato che permette di giudicare la qualità di una prestazione o di un trattamento”⁵¹.

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:

⁵¹ MOROSINI P., PERRARO F., *Glossario ragionato e illustrato per il miglioramento continuo di qualità in sanità*, Centro Scientifico, Torino, 1993.

- 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 è 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.

3. L'OGGETTO DELLA VQAI

È opportuno sottolineare che, prima di definire e delimitare il campo da sottoporre a valutazione, è importante stabilire l'oggetto della VQAI.

La priorità ad un oggetto di valutazione viene data in funzione della gravità di una situazione, del costo elevato di una prestazione fornita male e di scarsa qualità e/o in base all'evidenza di anomalie.

Tra i modi e gli strumenti per stabilire la priorità uno dei più utilizzati è l'analisi di Pareto⁵². Si tratta di una tecnica di supporto al metodo sistematico per la soluzione dei problemi (problem solving) ed ha i seguenti obiettivi:

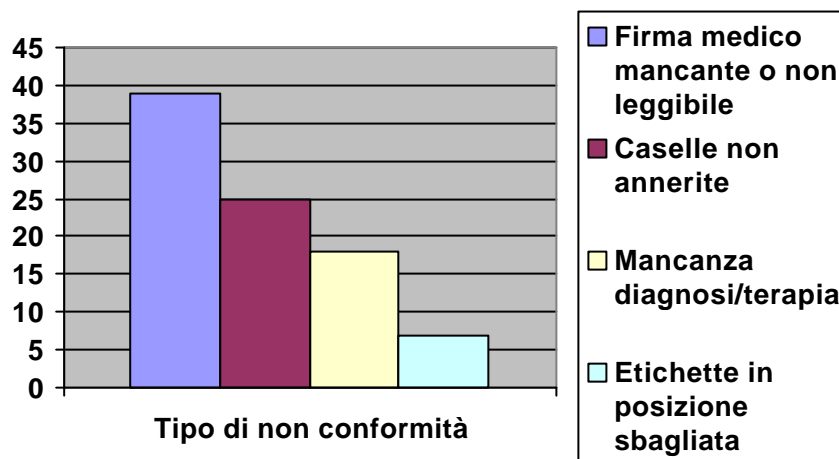
- 1) individuare i problemi più importanti;
- 2) stabilire le priorità di intervento;
- 3) sviluppare un metodo di pensiero che permetta di individuare le cose più importanti e concentrarsi solo su di esse.

L'analisi di Pareto consiste nel disegnare un diagramma che riporta sull'asse delle verticali (ascisse) i valori assoluti o percentuali

⁵² GOTTA, RICCELLI, op. cit.

della frequenza con cui si presenta il problema e sull'asse delle orizzontali (ordinate) i problemi individuati.

Volendo visualizzare un esempio:



Non sempre la frequenza con cui si presenta un problema è un indice di gravità ed è per questo che si suddivide l'asse verticale in unità di misura che esprimono i valori in termini di costo.

Il diagramma di Pareto può essere utilizzato da solo o in concomitanza con altri strumenti di analisi della priorità come il diagramma di Ishikawa⁵³ ed il Brainstorming⁵⁴.

⁵³ Il diagramma causa – effetto di Ishikawa (o a lisca di pesce) serve a rappresentare in maniera completa, logica ed ordinata le cause di un difetto o di un problema. Questa

4. 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”⁵⁵.

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)⁵⁶.

rappresentazione grafica mette in evidenza le possibili cause dell'effetto in esame e il come tali cause sono correlate tra loro.

⁵⁴ Il brainstorming, ideato da Osborne, è una tecnica preliminare all'impiego del diagramma di Ishikawa. Esso si basa su una discussione di gruppo incrociato, guidato da un moderatore. Dopo questa prima fase si procede all'analisi critica delle idee ed alla loro classificazione, utilizzando, fra i vari strumenti, il diagramma di Ishikawa.

⁵⁵ HANNU, VUORI, *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari, concetti e metodologia*, Edimedica Due, Edizione Italiana, 1985.

⁵⁶ GOTTA, RICCELLI, op. cit.

Oggigiorno 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.

È quindi importante che gli infermieri si autovalutino e che verifichino 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.

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

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

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 professionale, la formulazione di un piano di assistenza individuale, vi è anche la valutazione della qualità dell'assistenza.

Secondo A. Donabedian “la cartella clinica è il tallone d’Achille della qualità”; in effetti talvolta è illeggibile, lacunosa, voluminosa e quindi di difficile consultazione, senza dati che riguardano la soddisfazione del paziente e con la possibilità di essere falsificata.

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.

È 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 protocolli⁵⁷.

⁵⁷ EVANGELISTA M. P., FALASCA S., SCELISI S., *La scheda infermieristica come crescita dell'autonomia professionale: percorsi e metodi*, INTERNET, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.

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

- migliore relazione tra infermiere professionale 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 è 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, però, 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.

Di seguito si riporta il questionario dell'Ospedale R. Silvestrini - Perugia.

APPENDICE: L'AUDIT CLINICO

Il termine *audit* nella gestione e verifica della qualità in ambiente ISO 9000 ha il significato di esame sistematico e indipendente finalizzato a verificare che le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti siano congruenti con quanto stabilito ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi⁵⁸.

L'*audit clinico* è un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario⁵⁹.

Si può notare come la definizione puntualizzi il ruolo dell'attore (il clinico), l'oggetto (la pratica clinica e i suoi risultati), il metodo e la finalità (il miglioramento).

Da un punto di vista metodologico l'audit clinico consiste in un "ciclo della qualità": definiti criteri e standard concordati e misurabili, viene valutata la pratica clinica in termini soprattutto di processo o

⁵⁸ Norma ISO 8402

⁵⁹ Definizione del Department of Health del Regno Unito, 1996.

esito e vengono elaborate proposte di miglioramento; queste vengono applicate e il ciclo può ricominciare.

La verifica non va confusa con l'attività corrente di raccolta di dati di attività o con la ricerca clinica: quest'ultima cerca di definire le caratteristiche della buona pratica su un terreno ignoto, mentre l'audit verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard noti.

Esistono due livelli di realizzazione dell'audit clinico:

Un livello base consiste in un incontro o in una serie di incontri fra operatori per discutere propri casi. Lo standard di riferimento deve essere condiviso, esplicito e i casi vengono scelti per accordo raggiunto tra i membri del team, di solito tra quelli più frequenti in un periodo che si sono conclusi con degli esiti insoddisfacenti. L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata sulla base di dati amministrativi, o mediante l'esame delle cartelle cliniche.

Un secondo livello di realizzazione prevede un approccio più strutturato, spesso in un contesto interistituzionale, e seleziona come oggetto della verifica attività assistenziali di particolare importanza e

criticità. Vengono utilizzate informazioni desunte da analisi statistiche degli indicatori correnti e cartelle cliniche; oltre che analisi di tipo retrospettivo, possono essere sviluppati disegni di tipo prospettico.

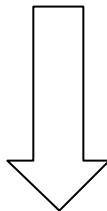
Se si considera la qualità come parte della *mission* dell'intera organizzazione sanitaria, e se si riconosce la realizzazione di un buon servizio come frutto della capacità dell'organizzazione di gestire processi e di ascoltare le esigenze degli utenti, dobbiamo concordare che sviluppare attività di verifica e miglioramento esclusivamente professionali, disarticolate rispetto al contesto organizzativo in cui i servizi vengono erogati è sicuramente inadeguato al raggiungimento dell'obiettivo della buona erogazione e/o del miglioramento del servizio prestato.

La missione condivisa dell'organizzazione e la sua traduzione operativa (piani per la salute, piani attuativi, realizzazione di politiche di servizi) costituiscono lo strumento fondamentale di costruzione dell'allineamento dei professionisti. La "vista per processi" fornisce la cornice metodologica che definisce lo spazio e gli ambiti della

realizzazione di attività di autovalutazione e verifica dell'attività clinica e assistenziale.

Si tratta, infatti, di una verifica segmentale di adeguatezza ed efficacia verso obiettivi o di conformità verso regole, linee guida, norme, comportamenti su cui si realizza il consenso. Tale verifica acquisisce senso se è coerente con una visione d'insieme, che ha il proprio riferimento nell'intero processo di erogazione, nel risultato che ne deve derivare, nel valore creato per il beneficiario finale (il cittadino/utente):

- prestazione amministrativa;
- prestazione medica;
- cure infermieristiche;
- prestazioni tecniche;
- prestazioni “alberghiere”



Efficacia – Efficienza – Soddisfazione

Da un punto di vista metodologico, si possono individuare delle fasi ben definite del processo di audit⁶⁰:

1. Proposta: una buona progettazione è una delle precondizioni per il successo dell’audit; questo deve essere ben definito per quanto riguarda:

⁶⁰ CINOTTI R., CARTABELLOTTA A., *Sussidi per l’autovalutazione dell’accreditamento n.6: progettare, realizzare, verificare un audit clinico*, INTERNET, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna.

- a) l'oggetto;
 - b) i parametri da valutare e misurare (indicatori)
 - c) lo standard di riferimento;
 - d) gli obiettivi prefissati.
2. Sviluppo: dopo la costituzione di un gruppo di valutazione/progetto che valuti la fondatezza e l'opportunità della proposta, bisogna realizzare la progettazione tecnica in cui definire le azioni da compiere, le responsabilità connesse, i tempi e le risorse assegnate.
- Nella progettazione di dettaglio si definirà:
- a) la popolazione di riferimento;
 - b) il come vengono selezionati i casi;
 - c) selezione e la modalità di raccolta dei dati stessi (cartelle cliniche mediante questionario ai pazienti, registrazione di dati amministrativi, schede individuali proposte ad hoc nel caso di audit prospettico);
 - d) la costruzione del foglio di raccolta dei dati: usabile (senza termini ambigui, senza domande doppie, ..), valido (che sia in grado di rilevare effettivamente l'oggetto d'interesse) e affidabile

(comparando i risultati dell'uso dello strumento da parte di osservatori diversi);

e) chi materialmente compila il foglio di raccolta dati e, quindi, esprime il primo giudizio di conformità del singolo caso rispetto allo standard;

f) le modalità di verifica della qualità dei dati raccolti (dati mancanti, casi perduti, ...);

g) il criterio di giudizio dell'aderenza dei risultati osservati allo standard individuato.

3. Realizzazione: completata la progettazione va attivata una comunicazione formale con i partecipati all'audit in cui si illustrano le motivazioni dell'audit, le modalità da adottare per la sua realizzazione, gli impegni assunti e gli incarichi affidati, i vincoli e le scadenze.

4. Produzione dei risultati: dopo la prima stesura del report in bozza, il documento viene sottoposto ai partecipanti che discutono i risultati fino ad arrivare alla stesura finale dei risultati stessi, rivisti e corretti,

corredati da proposte, raccomandazioni e commenti opportuni, che viene diffuso a tutte le parti interessate.

5. Realizzazione del cambiamento: i professionisti introducono nella propria pratica clinica gli elementi di novità che derivano dalle riflessioni sui risultati.
6. Valutazione dell'impatto del cambiamento: il campo della valutazione del cambiamento è delimitato dall'obiettivo dell'audit ed è quello esplorato mediante il foglio di raccolta dati.
7. Valutazione dell'audit: anche l'audit è una tecnologia e, come tale, è soggetta a valutazione. La validazione è la verifica della funzionalità del metodo utilizzato quanto a tempi, consumo di risorse, fasi completate, problemi incontrati e modifiche alla progettazione rese necessarie.