



**Congresso nazionale AIIO 2007**  
**Lo stato dell'arte nel**  
**nursing oncologico**  
**Rimini 29-31 marzo 2007**



# **Gli indicatori come strumenti di valutazione assistenziale**

Michela Piredda  
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

# COS'E' LA QUALITA'?



## Verso una definizione...

La **QUALITÀ** viene definita come “l’insieme delle caratteristiche di un’entità che ne determinano la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite” (ISO 8402 - ISO 9000:2000)

Entità: prodotto, servizio, processo, organizzazione



La **QUALITÀ DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA** è  
“l’insieme delle caratteristiche che conferiscono  
alla prestazione infermieristica la capacità di soddisfare  
in modo appropriato il bisogno di assistenza infermieristica,  
nei limiti concessi dalla competenza professionale dell’infermiere,  
dalle tecnologie e dalle risorse disponibili”

(Malinverno, 2005)

# Dimensioni della qualità



# Dimensioni della qualità dell'assistenza infermieristica

- **Efficacia attesa:** *capacità potenziale* di soddisfare un bisogno di assistenza infermieristica;
- **Efficacia pratica:** risultati di *soddisfazione* concreta del bisogno di assistenza infermieristica;
- **Competenza:** garanzia dell'applicazione delle *conoscenze scientifiche*, delle *risorse tecnologiche*, delle *competenze acquisite* in tutte le fasi dell'assistenza infermieristica;
- **Continuità:** integrazione del lavoro dell'infermiere con quello dei colleghi e degli altri professionisti;
- **Appropriatezza:** adeguatezza, in base alle risorse e conoscenze disponibili, dell'assistenza infermieristica erogata;
- **Efficienza:** risposta al bisogno di assistenza infermieristica ottimizzando l'uso delle risorse;
- **Accessibilità/ adeguatezza/ tempestività:** capacità di raggiungere i risultati di assistenza per ogni persona che la richiede in tempi accettabili;

(Bonaldi et al 1994, Focarile 2001, Moiset et al 2003):

## **Valutazione della Qualità**

**...Valutare la qualità di una prestazione significa esprimere un giudizio atto a stabilire se una prestazione possiede determinate caratteristiche e in che misura...**

(Donabedian 1989)

**...Dimostra a quale punto le attività concordano o si discostano dalla qualità concettuale (standards)**

**Migliorare la qualità**

# Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica

- La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica (VQAI) stima lo scarto tra una situazione considerata ottimale e la situazione osservata:
  - 2) elaborazione di standards;
  - 3) misura della QAI osservata;
  - 4) valutazione dello scarto in rapporto agli standards precedentemente stabiliti.

# Definizione di indicatore

“una misura quantitativa che può essere utilizzata come guida per monitorare e valutare la qualità di un’assistenza infermieristica importante e supportare le attività del servizio”

Joint Commission on Accreditation of Health Care  
Organizations (JCAHO) 1989

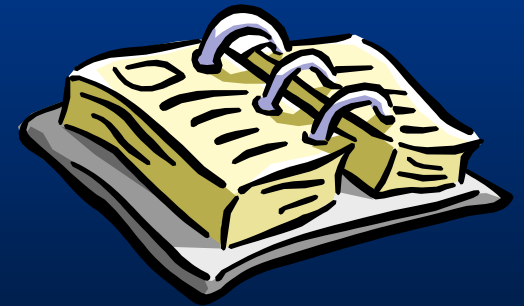
# Indicatori



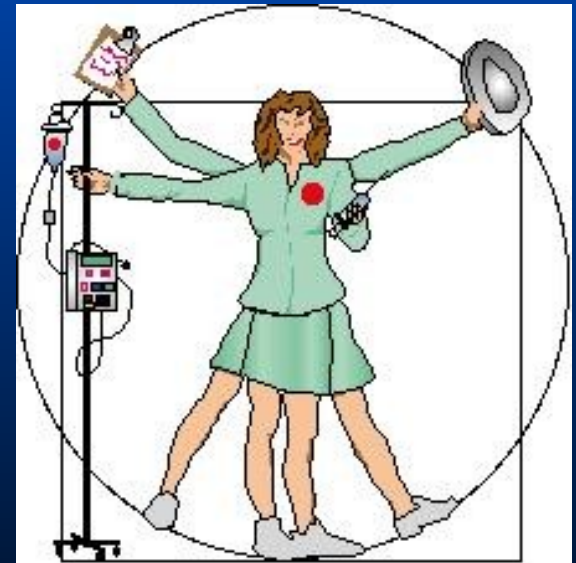
- Informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali.
- Variabili che consentono di descrivere un fenomeno complesso; legate al concetto di controllo e quindi di monitoraggio dei processi assistenziali, sia azioni che risultati, al fine di promuovere iniziative di valutazione e di cambiamento.
- Essi permettono di verificare i risultati ottenuti e di valutare la qualità delle prestazioni erogate.

# Caratteristiche:

- Pertinenti
- Credibili
- Affidabili
- Misurabili
- Generalizzabili



- **Pertinenti:** misurano realmente la qualità dell'assistenza infermieristica - i dati rilevati sono significativi della qualità, si include anche la capacità discriminante e sensibile di ogni indicatore
- **Credibili:** accettati dagli infermieri in quanto conformi alle loro modalità operative e dagli altri operatori; la credibilità è correlata al contesto



- **Affidabili:** formulati in modo da limitare il più possibile l'interpretazione soggettiva di chi li applica.

Utile: guida all'utilizzo degli indicatori per garantire omogeneità di raccolta dati e riproducibilità dei risultati

- **Misurabili:** espressi in termini misurabili e rintracciabili nella documentazione disponibile

- **Generalizzabili:** si adattano al maggior numero possibile di realtà operative per garantire la confrontabilità dei dati raccolti



# Alcuni riferimenti normativi

D.lgs. 502/92 e 517/93 (art. 10 e 14)  
DPCM 27 gennaio 1994 (Carta dei Servizi)  
DM 2/04/2001

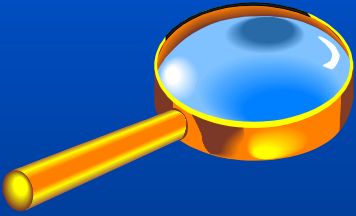
## Decreto di riordino della Riforma Sanitaria N. 502/92 (e 517/93):

- **art. 10** che tratta dell'adozione degli "indicatori quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio dell'attività sanitaria",
- **art. 14** che "preordina uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardante la **personalizzazione** e **l'umanizzazione dell'assistenza**, il **diritto all'informazione** ed alle **prestazioni alberghiere**, nonché l'andamento **dell'attività di prevenzione**".

# Alcuni riferimenti normativi

- Legge sulla **Carta dei servizi sanitari** (1994)
- Decreto sui **requisiti minimi tecnologici e strutturali** per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (1997)
- Inoltre, tra le **competenze** sviluppate dallo **specialista infermiere** vi è quella di:  
contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità e **definire standard e indicatori condivisi** per la valutazione dell'assistenza pertinente e di utilizzare strumenti e metodologie di **valutazione e revisione della qualità dell'assistenza**  
(DM 2/04/2001).

# Tipi di indicatori



- **EVENTI SENTINELLA**
- **BASATI SULLA FREQUENZA**

(Idvall et al 1997)

# Eventi sentinella

“misurano un processo o risultato serio, indesiderabile e spesso inevitabile. Essi possono anche esprimere una misura di performance che identifica un evento singolo che dovrebbe sempre scatenare analisi e indagini successive, e generalmente succedono di rado e sono indesiderabili” (JCAHO 1989).

## Esempi:

- un paziente che arriva in condizioni emodinamiche stabili e muore in Pronto Soccorso

(Dagher et al 1992)

- la somministrazione di una trasfusione di sangue non compatibile

(Katz and Green 1992)

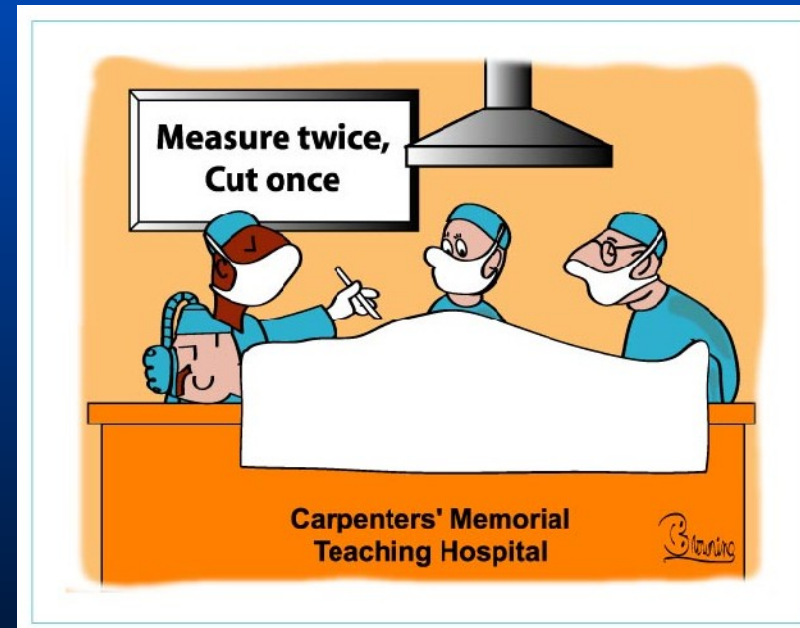
# Indicatori basati sulla frequenza (rate-based)

“misurano eventi dell’assistenza al paziente per i quali è accettabile una certa frequenza di ricorrenza, oppure dati aggregati nei quali il valore di ogni misura è espresso come una proporzione o rapporto” (JCAHO 1989).

- Tali indicatori misurano eventi desiderabili (o indesiderabili) che richiedono una revisione successiva solo se la frequenza con cui avvengono mostra delle tendenze significative nel tempo oppure differenze rispetto ad altre istituzioni.
- Tali eventi saranno identificati nella definizione dell’indicatore e la popolazione può essere espressa come numero di pazienti.
- Esempio: numero di pazienti che ricevono terapia endovenosa trattati per flebite sul sito dell’accesso venoso, rispetto al numero di pazienti in terapia endovenosa durante lo stesso periodo (Carroll 1991).

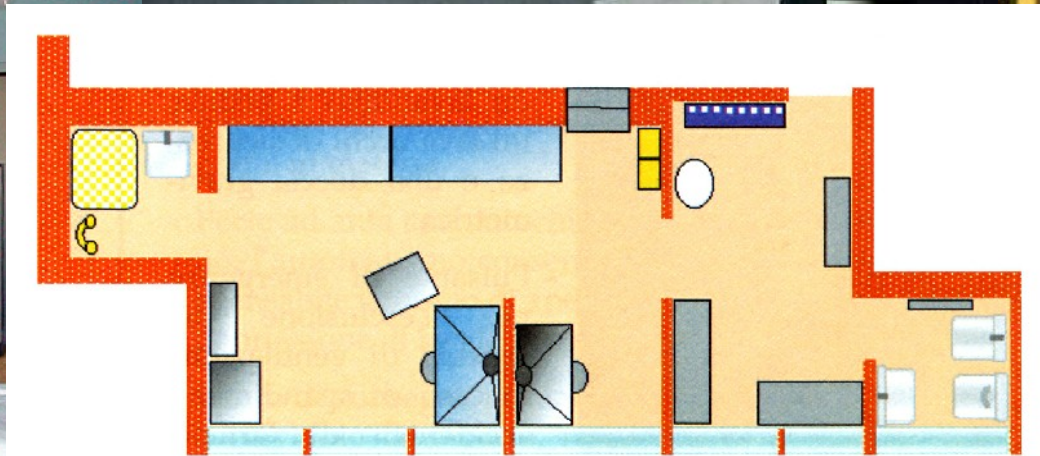
Gli indicatori possono essere rivolti a misurare:

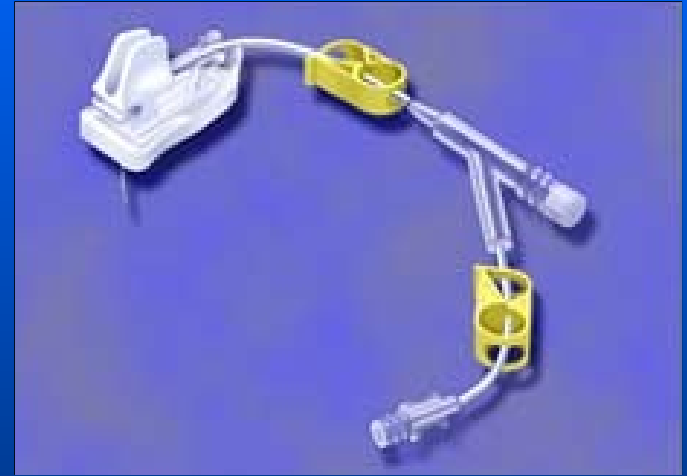
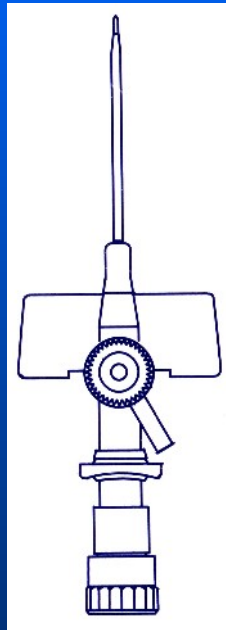
- **Struttura**
- **Processo** (dell'assistenza)
- **Esiti** (del paziente)



# Struttura

- Descrive le caratteristiche fisiche, organizzative e altre del sistema; per esempio: il personale, il livello di istruzione e le apparecchiature del reparto  
(Donabedian 1980)
- L'indicatore di struttura è una misura quantitativa che rispecchia la disponibilità di risorse.
- Esempio: presenza all'interno dell'UO o in ambito ospedaliero di una Unità Farmaci Antitumorali (UFA) con preparazione centralizzata.





TWEEZERS!



I'VE **GOT** TO FIND A  
TEACHING HOSPITAL  
THAT'S LESS STINGY  
WITH THEIR  
BUDGET!

Blowing

# Processo

- Ciò che viene fatto nell'assistere i pazienti (Donabedian 1980).
- L'indicatore di processo in genere misura passi concreti e distinti nel processo assistenziale che sono importanti e spesso legati agli esiti del paziente (JCAHO 1989).
- Esempio: numero di pazienti sottoposti a terapia antitumorale tramite accesso venoso centrale rispetto al numero di pazienti in cui tale presidio sarebbe indicato.



# Esito (1)

- Esito (o risultato) è un miglioramento ottenuto, generalmente, nelle condizioni di salute, ma anche in atteggiamenti e conoscenze  
(Donabedian 1986).
- L'indicatore di risultato misura ciò che avviene (o non avviene) al paziente dopo che qualcosa viene fatto (o non fatto)  
(JCAHO 1989).

Esempi:

- Numero di episodi di stravasamento di chemioterapico rispetto al numero di somministrazioni di CT nel periodo di tempo.
- Numero di pazienti che non sviluppano lesioni del cavo orale rispetto al numero di persone in trattamento CT  
(Moiset e Vanzetta 2006, Focarile 2001)

# Esito (2)

- Il risultato è definito come un cambiamento misurabile nella salute del paziente in relazione all'assistenza infermieristica ricevuta (Marek 1989), e gli indicatori di risultato sono utilizzati per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica.
- La misura del risultato dovrebbe essere mirata al paziente e dovrebbe descrivere le condizioni, risposte o comportamenti del paziente, non le attività infermieristiche.



# Tipologie di indicatori di risultato infermieristici

- Stato fisiologico
- Stato psico-sociale
- Stato funzionale
- Comportamento
- Conoscenza
- Controllo dei sintomi
- Soddisfazione del paziente
- Benessere
- Gestione della casa
- Raggiungimento degli obiettivi
- Sicurezza
- Soluzione delle diagnosi infermieristiche

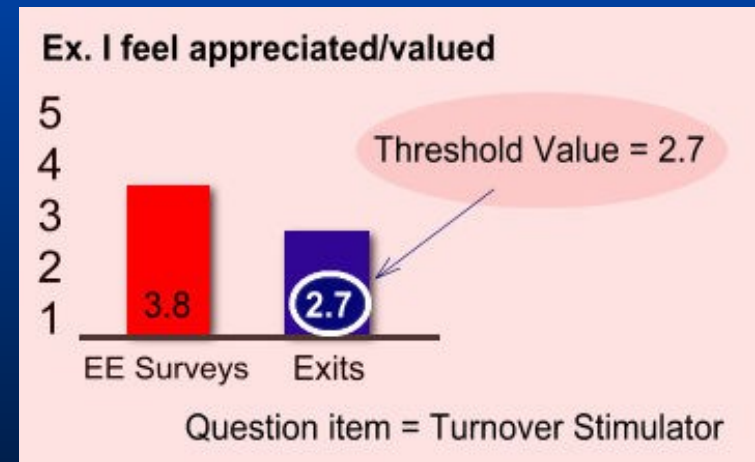
(Classificazione di Marek, 1989)

# Valore soglia

- Descrive un livello critico tra ciò che è considerato buono e ciò che non lo è.

## Definizioni:

- il confine tra compliance o non-compliance con gli standards scritti (Katz and Green 1992)
- un punto in cui viene iniziata una intensa valutazione, o revisione effettuata da pari (JCAHO 1991)



# Valore soglia

- I valori soglia dovrebbero essere dinamici, realistici e migliorare nel tempo.

Esempi:

- Si risponderà entro 3 minuti al 95% delle chiamate del paziente (compliance),
  - (oppure) il 5% delle chiamate del paziente rimarranno senza risposta entro 3 minuti (non compliance)
- (Katz and Green 1992).



# Valore soglia

La letteratura su come stabilire valori soglia specifici è limitata.

- C'è un'eccezione: soglie per indicatori **eventi sentinella**, per i quali non vi è tolleranza di errore, e il livello soglia dovrebbe essere **zero**.
- Gli indicatori basati sulla frequenza avranno probabilmente **soglie molto alte** (o molto basse) perchè sono sviluppati per aspetti importanti dell'assistenza.

Dove non esiste un database nazionale che stabilisce che un determinato valore soglia sembra accettabile, il personale dovrebbe scegliere i valori soglia e rivalutarli successivamente.

(Idvall et al 1997).

# Tempo

- Un concetto importante è anche quello del **tempo** appropriato in cui **valutare gli indicatori**, in special modo gli indicatori di risultato.
- Gawron (1993), per esempio descrive un periodo critico entro il quale monitorare gli indicatori per pazienti con stomia.

	Friday 13	Saturday 14	Sunday 15	Monday 16	Tuesday 17	Wednesday 18	Thursday 19	Friday 20
8:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	Bus Transfer 7:50 am Bldg. 4D		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	Bus Departure 8:30 am
9:45	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
10:45	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
12:00	Lunch	Lunch		Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	
1:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
1:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
2:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
2:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
3:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
3:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
4:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
4:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
5:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
5:30	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	
6:00	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"		A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	A. Pavesi "The nuclear shell model"	



# Selezione degli indicatori

Parte importante del processo di **quality assurance**:  
non c'è tempo di raccogliere dati innessari.

Devono essere identificati gli aspetti importanti dell'assistenza prima di sviluppare indicatori nelle seguenti categorie:

- **alto volume**
- **alto rischio**
- **aree altamente problematiche**
- **alto costo**



# Selezione degli indicatori

- Studio tra infermieri di unità operative medico-chirurgiche, peri-operatorie e perinatali per determinare quali tra 25 aspetti importanti dell'assistenza venissero considerati funzioni cruciali a livello di reparto. Ai primi posti risultarono: **terapia, sicurezza e controllo delle infezioni**  
(Katz & Schroeder 1994)
- Rudolf & Hill (1994) hanno condotto dei focus groups per ottenere le opinioni degli infermieri riguardo a quali indicatori di qualità, tra 35 indicatori predeterminati, fossero i più utili per misurare la qualità dell'assistenza in ospedale. Complessivamente, è risultato al primo posto tra gli indicatori di qualità assistenziale ospedaliera il **rappporto numerico tra infermieri e posti letto.**

# Diverse prospettive sulla qualità

- Gli indicatori di qualità fondamentali dovrebbero essere sviluppati e discussi **dal personale**: ciò migliora la probabilità che i risultati desiderati dell'assistenza verranno misurati (Potter 1991)
- Inclusione sistematica **degli utenti** nella definizione della qualità e degli indicatori perché i professionisti sanitari potrebbero avere priorità e valori diversi da quelli del cliente. Es buone abilità comunicative (Frost 1992)
- **Dirigenti**: opinioni mosse da criteri di efficienza



# Sviluppo di indicatori

Livelli organizzativi:

- Reparto
- Dipartimento
- Ospedale
- ASL
- Istituzioni regionali
- Istituzioni statali

Approcci:

Top-down



Bottom-up

# Sviluppo di indicatori

- Metodi **non sistematici** (non basati su prove di efficacia): possono ancora essere utili in quanto, in genere, sono indicatori veloci e facili da creare
- Metodi sistematici, basati su **prove di efficacia** (ove possibile: studi sperimentali rigorosi; es.: farmaco di elezione)

Validità di contenuto

- Metodi **sistematici**, che combinano **prove di efficacia** e l'opinione di **esperti**;

Face e content validity

# Sviluppo di indicatori

Metodi di consenso:

1) **Consenso informale** (non strutturato, opinioni personali)

2) **Consenso formale**

- **Consensus conference** (parere esperti + Discussione e verifica della letteratura )
- **Tecnica Delphi:** (metodo postale di vari giri di questionari)
- **Tecnica di gruppo nominale** (interazione tra esperti)
- **Metodo RAND** (revisione della letteratura, panel di esperti, indagine postale e interazione)

# Limiti e sfide ...

**Non crediamo che stiamo presentando cos'è l'assistenza infermieristica, attraverso gli indicatori di qualità e gli standards che abbiamo sviluppato. L'infermieristica è complessa, legata al contesto e supera la capacità di misurazione (Koch 1992)**

**Gli esiti del paziente sono spesso risultato di competenze professionali integrate. Per misurare l'effetto dell'assistenza infermieristica sarebbe conveniente utilizzare indicatori di processo.**

**Sfida: dare visibilità, nel miglioramento della qualità, alla parte del nursing che supera la misurazione**



## Limiti e sfide ...

La semplice misurazione di qualcosa non basta a migliorarla automaticamente



Gli indicatori devono essere utilizzati all'interno di approcci sistematici di miglioramento della qualità che abbraccino l'intero sistema assistenziale



## Una sfida che viene da lontano ...

*“In attempting to arrive at the truth, I have applied everywhere for information, but in scarcely an instance have I been able to obtain hospital records fit for any purpose of comparison. If they could be obtained they would enable us to decide many other questions besides the one alluded to.*

*They would show the subscribers how their money was being spent, what good was really being done with it, or whether their money was not doing mischief rather than good”*

F. Nightingale (1863) *Notes on Hospitals*, London: Longman, Green, Roberts & Green.



# Bibliografia

- Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A., *Curare la qualità. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza infermieristica*, Guerini e Associati, Milano, 1994.
- Donabedian A. (1989) L'ABC della quality assurance e del monitoraggio dell'assistenza sanitaria nella sanità. QA, 1-2
- Focarile F Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Torino: Centro Scientifico Editore, 2001
- Idvall E, Rooke L, Hamrin E (1997) Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. J Adv Nurs 25 (1), 6–17.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1989) .
- Koch T (1992) A review of nursing quality assurance. J Adv Nurs 17: 785-794.
- Malinverno E. (2005) La qualità dell'assistenza infermieristica: metodi e strumenti di valutazione. Roma: Carocci Faber
- Moiset C, Vanzetta M La qualità nell'assistenza infermieristica: definizione, misura, analisi, valutazione e miglioramento continuo. Milano: Mc Graw-Hill, 2006
- Moiset C., Vanzetta M., Vallicella F., *Misurare l'assistenza, un modello di sistema informativo della performance infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2003, pp.166-167.