



Bruno Cavaliere, Maurizio Susmel

La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A.)

L'evoluzione di una professione si realizza anche attraverso l'elaborazione di strumenti che, riflettendo nella loro struttura la matura acquisizione di concetti teorici ed implicazioni pratiche, forniscono nuove opportunità per l'individuazione delle problematiche di cui la professione si occupa. Solo operando in questi termini l'infermiere acquisisce, sempre più appropriatamente, competenze di programmazione di un servizio fondato sull'organizzazione del piano assistenziale e sulla valutazione dell'assistenza erogata.

La costruzione dello strumento che viene illustrato nel presente articolo intende contribuire al perseguimento dell'obiettivo di *creare un adeguato sistema informativo*. Il dato tradotto in informazione, infatti, diviene l'elemento fondamentale per l'applicazione di quel *processo decisionale indispensabile all'individuazione, attuazione e valutazione della prestazione infermieristica*. Un'informazione che, senza cedere alle pressioni del mercato, rappresenti compiutamente la *reale complessità del bisogno assistenziale* della popolazione e allo stesso tempo sia in grado di esprimere la proprietà ovvero la qualità con cui ne è assicurato il soddisfacimento.

B. Cavaliere

*IID, Responsabile
Qualità Formazione,
A. O. San Martino e
Cliniche Universitarie
di Genova
Professore a contratto
di Management per
D.D.S.I. e di Nursing
per D.U. per
Infermiere*

M. Susmel

*Infermiere, D.U.
conseguito presso
l'Università degli
Studi di Genova
(a.a. 2000)*

Lo studio

La qualità dell'assistenza sanitaria, medica e di concerto infermieristica maturano, secondo Franco Perraro¹, nel pensiero e nell'opera di Fabio Focarile². In essa vengono ripresi importanti assunti teorici con un particolare riferimento a W. Edwards Deming, secondo il quale *la qualità corrisponde all'idoneità all'utilizzo*: idoneità che si traduce nel costante apporto del singolo operatore (non già con un aggravio del suo lavoro bensì con una sua più intelligente organizzazione) al *tendenziale raggiungimento di uno standard di riferimento*³.

Nell'opera di Fabio Focarile, la teoria viene tradotta nella sua applicazione pratica attraverso l'introduzione allo

studio ed all'elaborazione degli *indicatori di qualità*⁴. L'indicatore è una *variabile che ci consente di descrivere un fenomeno complesso*. Il concetto di indicatore è inoltre legato a quello di *controllo* e quindi di elemento che deve permettere un *monitoraggio dei processi assistenziali*, nel loro insieme di azioni e risultati, al fine di promuovere iniziative di valutazione e di cambiamento.

Lo studio che è alla base dello strumento illustrato nel presente articolo, ha permesso la *sperimentazione di un indicatore specificamente elaborato*, l'"Indice di Complessità Assistenziale" (I.C.A.)⁵, in grado di esprimere *frequenza e caratteristiche di presenze e delle problematiche assistenziali*,

opportunamente sintetizzate e standardizzate, unitamente alle possibili variazioni. Il fine è quello di *orientare l'attività infermieristica al riscontro di priorità assistenziali individuali o generali* (siano esse del singolo utente o di un'unità operativa o anche di strutture maggiori), disponendo di informazioni e garantendo così la valutazione e il miglioramento continuo della qualità.

Lo strumento di questo studio è stato sviluppato, nell'ottica del Modello delle prestazioni⁶, con l'intento di ribadire la *centralità del singolo utente nel processo di assistenza infermieristica* ma anche con il proposito di ricavarne *standard di riferimento generale*. Tale strumento consiste in un gruppo di schede (riquadri 1a, 1b e 1c), di "Rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale", cui è unito un protocollo di linee guida, frutto di una compiuta sintesi, analisi ed interpretazione della prassi infermieristica (si veda l'allegato n° 1).

La metodologia prevede dunque la compilazione delle schede di rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A.) e l'elaborazione dei dati ricavati. Questi riassumono le generalità dell'assistito e, di seguito, ne *identificano la complessità assistenziale totale e relativa alle singole prestazioni individuate per ogni singolo livello del continuum autonomia/dipendenza*.

La compilazione delle schede richiede un'attenta lettura ed interpretazione della realtà assistenziale, in cui l'infermiere è chiamato ad operare, facendo riferimento al protocollo di linee guida, che consente con immediatezza di *associare ad ogni singola prestazione riscontrata un valore di riferimento*. L'entità di quest'ultimo dipende, secondo un criterio di maggiore necessità e quindi di complessità, dall'*atto assistenziale individuato*: sia considerando la sua predefinita appartenenza ad un determinato livello, dedotta dalla consultazione del protocollo, sia mediante la soggettiva attribuzione, da parte dell'infermiere, di un prodotto fattoriale, sulla base del diverso grado di difficoltà riscontrato nell'esecuzione dell'atto.

Il criterio generale di attribuzione della complessità di un piano assistenziale si basa dunque sul riconoscimento, per ogni singola prestazione individuata anche da un singolo atto o altrimenti da quello più significativo, di un *valore specifico calcolato, in primo luogo, in base alla sua corrispondenza ad un particolare livello del continuum autonomia/dipendenza*. Il valore unitario di complessità assistenziale risulta allora pari a *1 - I.C.A. per il I Livello -*

Indirizzare di ogni prestazione, *2 - I.C.A. per il II Livello - Guidare*, e così via.

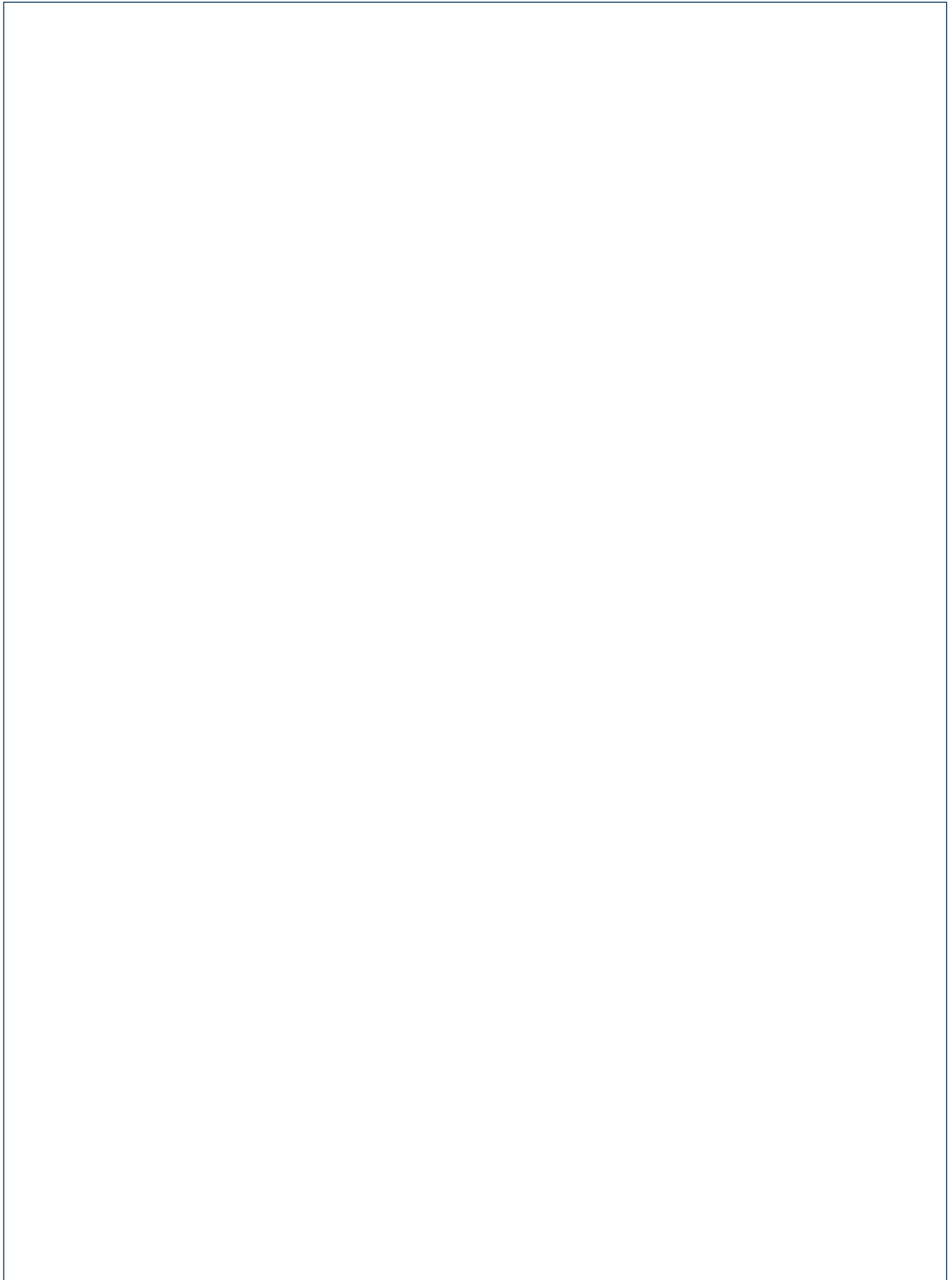
Inoltre, la competenza professionale viene applicata al riconoscimento della particolare situazione in cui ogni singolo atto viene eseguito, fornendo all'infermiere la *possibilità di valutare un ulteriore incremento della sua complessità attraverso l'utilizzo di un prodotto fattoriale* (per fattori da 1 a 5). L'unità di complessità assistenziale viene così ad essere ridefinita per valori da *1 a 5 - I.C.A. per il I Livello - Indirizzare*; da *2 a 10* per il *II Livello - Guidare*, e così via. Ecco allora che, ad esempio, l'attuazione di un intervento di igiene della persona corrispondente alla prestazione infermieristica: *Assicurare l'igiene*, con finalità: *Compensare*, può - in rapporto all'appartenenza allo specifico livello - assumere un valore compreso tra *4 - I.C.A. e 20 - I.C.A.* ($4 \times 1 = 4$, $4 \times 2 = 8$ e così via), in rapporto alla difficoltà soggettivamente riscontrata nella sua applicazione e quantitativamente espressa attraverso l'introduzione dello specifico prodotto fattoriale.

La somma, maturata per ogni livello, del valore delle singole condizioni di necessità rilevate e relative ad ogni prestazione ci fornisce una serie di dati espressivi dell'I.C.A. - Totale e per Livelli I - II - III - IV - V, specifici per l'utente nell'ambito della sua valutazione clinica (ed in ogni sua successiva fase di valutazione comparativa).

Nella pratica, un *test di fattibilità del progetto* è stato condotto in una generica unità operativa⁷ di cui è stata monitorata l'attività assistenziale in un determinato periodo di riferimento. L'elaborazione percentuale dei dati raccolti e relativi a tutti gli utenti assistiti, nel pieno rispetto dei principi del campionamento e dell'attendibilità degli stessi, ci ha condotto ad una significativa sintesi delle problematiche assistenziali, globalmente affrontate nel reparto, attraverso aerogrammi di scomposizione dell'Indice di Complessità Assistenziale per livelli (finalità) e generi di complessità (prestazioni). L'I.C.A. - Totale ci ha dunque consentito, attraverso la sua scomposizione, di evidenziare il contributo offerto dai singoli livelli di complessità alla realtà assistenziale in oggetto nel periodo di riferimento. Le I.C.A. di Livello 1 - Indirizzare, 2 - Guidare, 3 - Sostenere, 4 - Compensare, 5 - Sostituire ci hanno invece consentito di evidenziare il contributo offerto rispettivamente dalle singole prestazioni (si veda l'esempio riportato nei riquadri 2a, 2b e 2c).

Questo primo studio ci ha offerto un'immagine di una realtà assistenziale dinamica, nella quale si è

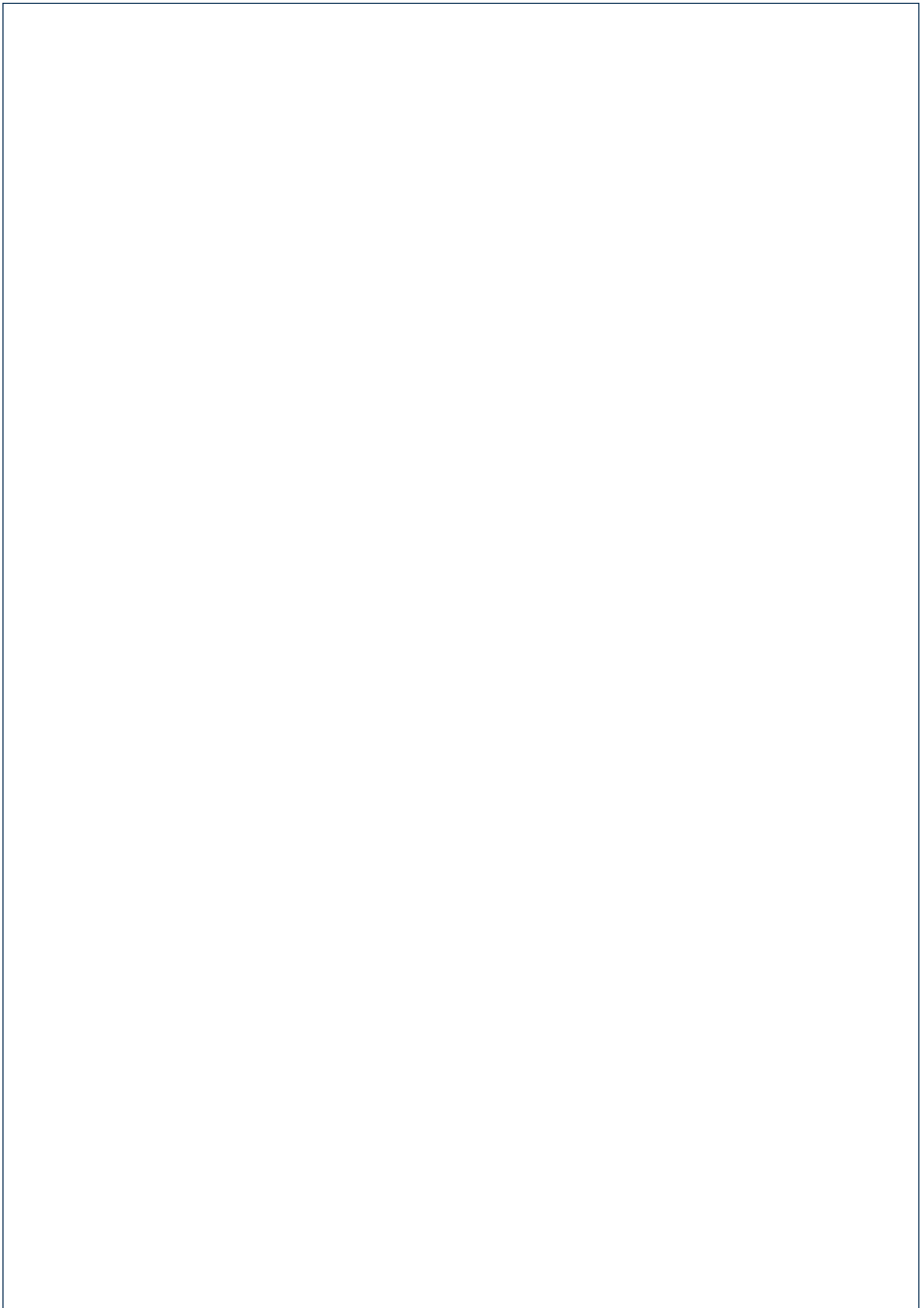
Riquadro 1.



Riquadro 2.



Riquadro 3.



finalmente potuto esprimere, in forme oggettivate, la complessità nelle sue più fini unità costitutive.

Lo sviluppo nell'immediato futuro di questa esperienza, oltre a derivare da una sua più estesa applicazione nel tempo ed omogenea distribuzione in sempre nuove realtà assistenziali, si fonda anche sulla convinzione di poter al più presto sostituire nel protocollo di linee guida la semplice classificazione degli atti con quella, più complessa, di procedure identificative di una diagnosi e di un intervento infermieristico ad essa strettamente collegato. In questo modo saremo finalmente in grado di fornire, attraverso la sua fine documentazione, una completa sintesi del nostro operato maturata nel contesto di una sua sempre più rigorosa valutazione.

Conclusioni

Il metodo adottato e lo strumento proposto si sono dunque rivelati attuabili, nel pieno rispetto dei concetti teorici sostenuti e delle implicazioni pratiche presentatesi nel corso della sperimentazione. Gli stessi attendono dunque che nuovi sviluppi maturino attraverso la loro applicazione nel medio periodo.

Il miglioramento continuo della qualità in un contesto teoricamente e metodologicamente orientato appare quindi in grado di offrire soluzioni per la prevenzione e il controllo delle problematiche assistenziali, anche in funzione di intraprendere lo sforzo di una trasformazione della struttura assistenziale: misurare i fenomeni e prendere decisioni sulla base dei dati raccolti, in un contesto di rinnovata centralità della figura dell'utente.

L'adozione di strumenti in grado di fornire dati la cui analisi matura in chi li adotta una coscienza qualitativa dell'attività espletata garantisce di fatto lo sviluppo di nuove direttive di intervento: informazione e qualità, coniugate nel miglioramento della nostra capacità decisionale, possono così nuovamente procedere di pari passo alla evoluzione della professione infermieristica.

Note

1. Franco Perraro è Presidente della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (V.R.Q.).
2. Fabio Focarile, medico specializzato in Statistica Sanitaria, è responsabile del Servizio di Valutazione dell'Azienda USSL 39 di Milano.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, *Introduzione ai principi del miglioramento della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
4. Focarile F., *Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
5. Per un approfondimento della metodologia, si veda: Cavaliere B. et Al., "Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale", *Management Infermieristico*, 1 (NS), 1999, pp. 32-36.
6. Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, Milano, 1996.
7. Degenza medica del DISEM, Osp. "S. Martino" e Cl. Univ. Conv. di Genova.

Bibliografia

- Marriner-Tomey A., *I teorici del nursing e le loro teorie*, Milano, Mc Graw-Hill, 1996.
- Calamandrei C., D'Addio L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, Mc Graw-Hill, 1999.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Introduzione ai principi del miglioramento della qualità - Guida per i manager e i dirigenti delle aziende sanitarie*, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998.
- Focarile F., *Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria*, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998.
- Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano, Masson, 1996.
- Lantieri P.B. et Al., *Statistica Medica ed Elementi di Informatica*, Milano, Mc Graw-Hill, 1994.
- Cavaliere B. et Al., "Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica : calcolo dell'indice di complessità assistenziale", *Management Infermieristico*, 1 (NS), 1999, pp. 32-36.

(da pag. 24 seguono gli allegati)

