

Corso-concorso

REGIONE BASILICATA

ASM Matera e
ASP Potenza

500

Infermieri di
Famiglia o Comunità
(IFoC)

(per il reclutamento di **263** unità)

MANUALE di **TEORIA** e **QUIZ**

per la **prova selettiva**

► 1.3. La qualità percepita e la soddisfazione del paziente

Accanto alle dimensioni tecnica e organizzativa della qualità, la **prospettiva del paziente** costituisce una componente imprescindibile della valutazione. La qualità percepita è la valutazione soggettiva che il paziente e i suoi familiari danno dell'assistenza ricevuta, basata sul confronto tra le aspettative preesistenti e l'esperienza effettiva. Essa non coincide necessariamente con la qualità tecnica: un'assistenza eccellente dal punto di vista clinico può essere percepita negativamente dal paziente se la comunicazione è stata carente, se la privacy non è stata rispettata o se i tempi di attesa sono stati eccessivi.

La **misurazione della soddisfazione** del paziente avviene attraverso questionari strutturati e interviste, che esplorano dimensioni come: la chiarezza delle informazioni ricevute, il rispetto e la cortesia del personale, la tempestività delle risposte alle richieste, la gestione del dolore, la pulizia degli ambienti, il coinvolgimento nelle decisioni di cura. In Italia, la rilevazione della soddisfazione degli utenti è un obbligo istituzionale previsto dai sistemi di accreditamento e di valutazione delle performance aziendali.

La soddisfazione del paziente non deve tuttavia essere confusa con la sua approvazione incondizionata: un paziente soddisfatto non è necessariamente un paziente che ha ricevuto cure appropriate. L'orientamento alla soddisfazione del paziente deve essere integrato con il mantenimento degli standard clinici e con il rispetto delle evidenze scientifiche.

► 1.4. Il quadro normativo italiano sulla qualità in sanità

In Italia, la qualità dei servizi sanitari è regolata da un articolato quadro normativo che si è progressivamente sviluppato a partire dalla riforma del Servizio Sanitario Nazionale del 1992 (decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni). Questo decreto ha introdotto il principio dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, condizionando l'erogazione di prestazioni per conto del SSN al rispetto di requisiti minimi di qualità strutturale, tecnologica e organizzativa.

Il Piano Sanitario Nazionale ha successivamente definito la qualità come uno degli obiettivi strategici del sistema sanitario italiano, promuovendo la diffusione delle linee guida, la formazione continua in medicina (ECM) e l'implementazione di sistemi di gestione per la qualità nelle aziende sanitarie. Il sistema di accreditamento, gestito a livello regionale, verifica periodicamente il rispetto di standard predefiniti e può rilasciare o revocare l'accreditamento in base ai risultati delle verifiche.

Sul piano deontologico, il Codice deontologico dell'infermiere del 2019 esplicita all'articolo 10 che l'infermiere contribuisce al miglioramento della qualità delle cure attraverso la partecipazione attiva agli strumenti di valutazione, alla ricerca clinica e ai processi di accreditamento, riconoscendo nella qualità non un vincolo burocratico ma un valore professionale intrinseco.

2. Il miglioramento continuo della qualità

► 2.1. Principi e approcci al miglioramento

Il **miglioramento continuo della qualità** (MCQ) è la filosofia e l'insieme di pratiche attraverso cui un'organizzazione sanitaria si impegna a identificare sistematicamente le proprie aree di criticità e a intervenire su di esse in modo strutturato, in un processo ciclico e senza mai considerare raggiunta la perfezione. Il termine "continuo" non è retorico: riflette la convinzione che la qualità non sia una meta finale ma un percorso permanente di apprendimento e adattamento.

Il miglioramento continuo si distingue da altri approcci alla qualità per alcune caratteristiche fondamentali: è orientato ai processi prima ancora che alle persone (gli errori sono più spesso il prodotto di sistemi inadeguati che di singoli individui incompetenti o negligenti); valorizza la partecipazione di tutti gli operatori, non soltanto dei vertici manageriali; si basa su dati e misurazioni oggettive; e adotta un approccio sperimentale, testando le soluzioni su scala ridotta prima di implementarle a regime.

► 2.2. Il ciclo PDCA (ciclo di Deming)

Il **ciclo PDCA**, sviluppato dall'ingegnere e statistico statunitense W. Edwards Deming a partire dagli

anni Cinquanta del Novecento, rappresenta il modello metodologico più diffuso e universalmente riconosciuto per il miglioramento continuo della qualità. Il suo nome è l'acronimo delle quattro fasi che lo compongono: Plan (Pianifica), Do (Esegui), Check (Verifica), Act (Agisci), di seguito descritte:

- **Plan – Pianifica.** Nella prima fase si compie un'analisi approfondita della situazione attuale. Si identifica il problema o l'opportunità di miglioramento, si raccolgono i dati disponibili, si analizzano le cause profonde del problema (spesso attraverso strumenti come il diagramma di Ishikawa, detto anche diagramma causa-effetto o "liscia di pesce"), si definiscono gli obiettivi di miglioramento e si pianificano le azioni da intraprendere. La qualità della fase di pianificazione determina in larga misura il successo dell'intero ciclo.
- **Do – Esegui.** Nella seconda fase si attuano le azioni pianificate. È buona pratica avviare l'implementazione su scala ridotta (un reparto, un turno, un gruppo limitato di pazienti), in modo da poter osservare gli effetti in un contesto controllato prima di una diffusione più ampia. In questa fase si raccolgono sistematicamente i dati che serviranno per la valutazione successiva.
- **Check – Verifica.** Nella terza fase si analizzano i dati raccolti durante l'implementazione e si confrontano con gli obiettivi definiti nella fase di pianificazione. Si valuta se le azioni hanno prodotto i miglioramenti attesi, si identificano eventuali effetti indesiderati e si traggono conclusioni sull'efficacia delle soluzioni adottate. Gli strumenti statistici e grafici (grafici di controllo, istogrammi, run chart) svolgono un ruolo importante in questa fase per distinguere le variazioni casuali da quelle sistematiche.
- **Act – Agisci.** Nella quarta fase si tirano le conclusioni del ciclo. Se i miglioramenti sono stati raggiunti, le soluzioni vengono standardizzate e diffuse (documentate in procedure aggiornate, comunicate al personale, integrate nella formazione). Se i risultati non sono soddisfacenti, si analizzano le ragioni dell'insuccesso e si riavvia un nuovo ciclo di PDCA con una pianificazione rivista. Il carattere ciclico e iterativo è l'essenza del modello: non si arriva mai a un punto di chiusura definitiva, ma ogni ciclo genera apprendimento che alimenta il successivo.

Esempio pratico del ciclo PDCA in un reparto di medicina interna

Problema identificato: elevata incidenza di lesioni da pressione acquisite in reparto (3 casi nell'ultimo trimestre, quando il target è ≤ 1). PLAN: analisi delle cause (carenze nella valutazione del rischio all'ingresso, posizionamenti non documentati, carenza di presidi antidecubito). Obiettivo: ridurre i casi a ≤ 1 nel trimestre successivo. Azioni pianificate: aggiornamento del protocollo di valutazione, formazione del personale sull'uso della scala di Braden, verifica della disponibilità dei materassi antidecubito. DO: implementazione delle azioni su un turno pilota con monitoraggio sistematico. CHECK: a fine trimestre, i casi di lesioni da pressione si sono ridotti a 1. Le schede di Braden risultano compilate nel 95% dei casi. ACT: il nuovo protocollo viene esteso a tutto il reparto e inserito nel programma di formazione per i nuovi assunti.

► 2.3. Altri approcci e strumenti per il miglioramento

Accanto al ciclo PDCA, la letteratura sulla qualità in sanità ha elaborato altri approcci e strumenti metodologici che meritano attenzione:

- **Il Lean Healthcare.** Derivato dall'esperienza industriale Toyota, il Lean si focalizza sull'eliminazione degli sprechi (qualunque attività che consuma risorse senza produrre valore per il paziente) e sul miglioramento del flusso di valore. Nelle organizzazioni sanitarie, il Lean ha trovato applicazione nella riduzione dei tempi di attesa, nell'ottimizzazione dei percorsi di cura e nella riduzione degli errori di processo. Strumenti Lean tipicamente applicati in sanità includono il value stream mapping (mappatura del flusso di valore), le 5S (Sort, Set in order, Shine, Standardize, Sustain) e i Kaizen event (sessioni intensive di miglioramento rapido).
- **Il Six Sigma.** È un approccio statistico rigoroso che mira a ridurre la variabilità dei processi fino a raggiungere un livello di difettosità estremamente basso (3,4 difetti per milione di opportunità, da cui il nome "sei sigma"). In ambito sanitario viene applicato principalmente

su processi ad alta criticità come la somministrazione farmacologica, la gestione delle infezioni ospedaliere e la riduzione degli errori diagnostici. Il metodo operativo del Six Sigma è il ciclo DMAIC: Define, Measure, Analyze, Improve, Control.

- **La Root Cause Analysis (RCA).** È un metodo di analisi retrospettiva degli eventi avversi e dei quasi-errori, finalizzato a risalire dalle manifestazioni superficiali del problema fino alle cause radice profonde che lo hanno determinato. La RCA si basa su interviste ai testimoni, revisione della documentazione, ricostruzione della sequenza degli eventi e utilizzo di strumenti analitici come il diagramma di Ishikawa e i "5 perché" (tecnica che consiste nel chiedersi ripetutamente "perché è accaduto?" per risalire alla causa originaria).
- **La FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).** A differenza della RCA, che è retrospettiva, la FMEA è uno strumento prospettico: analizza in anticipo i possibili modi in cui un processo può fallire, valuta la probabilità e la gravità di ciascun failure mode e il grado con cui esso potrebbe essere rilevato prima di causare danno, calcolando un Indice di Priorità del Rischio (RPN = probabilità × gravità × rilevabilità). Gli ambiti di applicazione in sanità includono la gestione dei farmaci ad alto rischio, la sicurezza in sala operatoria e la gestione dei dispositivi medici.

3. Gli indicatori di qualità nell'assistenza infermieristica

► 3.1. Definizione e classificazione degli indicatori

Un indicatore di qualità è una misura quantitativa che può essere utilizzata per monitorare e valutare la qualità dell'assistenza erogata in ambito clinico, gestionale e organizzativo. Gli indicatori non misurano direttamente la qualità, ma ne forniscono una rappresentazione indiretta attraverso aspetti verificabili e confrontabili. La loro forza sta nella capacità di rendere oggettiva una valutazione che altrimenti rimarrebbe soggettiva, e di consentire confronti nel tempo e tra contesti diversi.

Coerentemente con il modello di Donabedian, gli indicatori di qualità si classificano in tre grandi categorie:

- **Indicatori di struttura:** misurano la disponibilità e l'adeguatezza delle risorse. Esempi: rapporto tra il numero di infermieri e il numero di posti letto; percentuale di infermieri con formazione specialistica in terapia intensiva; disponibilità di scale di valutazione validate nella documentazione infermieristica.
- **Indicatori di processo:** misurano la correttezza e la completezza delle azioni assistenziali. Esempi: percentuale di pazienti sottoposti a valutazione del rischio di lesioni da pressione entro le prime 24 ore dal ricovero; compliance all'igiene delle mani nei cinque momenti dell'OMS; percentuale di piani di assistenza infermieristica redatti entro le prime 8 ore dal ricovero; tasso di correttezza nella somministrazione dei farmaci.
- **Indicatori di esito:** misurano i risultati ottenuti per il paziente. Esempi: tasso di incidenza delle lesioni da pressione acquisite in ospedale; tasso di cadute con e senza lesione; tasso di infezioni correlate al catetere venoso centrale; tasso di infezioni delle vie urinarie correlate al catetere urinario; soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta.

► 3.2. Proprietà degli indicatori: validità, affidabilità, sensibilità e specificità

Non tutti gli indicatori sono uguali: affinché uno strumento di misurazione sia affidabile e utile nella pratica clinica, deve soddisfare precisi requisiti metodologici. Di seguito i fondamentali:

- **Validità.** Un indicatore è valido se misura effettivamente ciò che intende misurare. La validità di facciata (face validity) si riferisce all'impressione che lo strumento misuri l'aspetto corretto; la validità di contenuto verifica che lo strumento copra in modo completo il costrutto che si vuole misurare; la validità di criterio confronta i risultati dell'indicatore con uno standard di riferimento considerato attendibile.
- **Affidabilità (o attendibilità).** Un indicatore è affidabile se produce risultati coerenti quando applicato nelle stesse condizioni da operatori diversi (attendibilità inter-rater) o dallo stesso operatore in momenti diversi (attendibilità test-retest). Un'affidabilità elevata è prerequisito indispensabile per qualsiasi confronto tra unità operative o nel tempo.

Capitolo 3

Procedure infermieristiche di base

SOMMARIO

1. Igiene mani. – 2. Lavaggio antisettico delle mani. – 3. Lavaggio chirurgico delle mani. – 4. Utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. – 5. Precauzioni standard e aggiuntive. – 6. Misurazione della temperatura. – 7. Misurazione della temperatura corporea ascellare. – 8. Misurazione del polso radiale. – 9. Rilevazione polso apicale. – 10. Rilevazione polso radiale-apicale. – 11. Valutazione del respiro. – 12. Valutazione degli occhi e della vista. – 13. Valutazione delle orecchie e dell'udito. – 14. Rimuovere, pulire e riposizionare un apparecchio acustico. – 15. Valutazione del naso e dei seni paranasali. – 16. Valutazione della bocca e dell'orofaringe. – 17. Valutazione del collo. – 18. Raccogliere un campione di urina per gli esami di routine. – 19. Raccogliere un campione di Urinocoltura. – 20. Raccolta Urinocoltura da Catetere Vescicale a permanenza. – 21. Pulsossimetria. – 22. Pesare i pazienti. – 23. Corretta meccanica del corpo. – 24. Sicurezza nella deambulazione e assistenza per alzarsi dal letto e camminare. – 25. Assistere il paziente nell'uso di grucce, bastone o deambulatore. – 26. Assistere il paziente portatore di apparecchio gessato. – 27. Posizionare il paziente a letto. – 28. Mobilizzare il paziente a letto. – 29. Trasferimento dal letto alla barella. – 30. Bagno ad un paziente adulto o pediatrico. – 31. Rifacimento di un letto non occupato. – 32. Rifacimento di un letto occupato. – 33. Cura del perineo, del catetere di routine e del cavo orale. – 34. Igiene occhi. – 35. Rasatura del paziente. – 36. Applicazione delle calze antitrombo. – 37. Uso della padella e storta c.d. pappagallo. – 38. Indossare e rimuovere i guanti sterili. – 39. Rilevare la Pressione Arteriosa. – 40. Rilevazione della saturazione di ossigeno. – 41. Misurazione del glucosio a livello capillare. – 42. Misurazione delle entrate e delle uscite. – 43. Prelevare un campione faringeo. – 44. Esecuzione di un Elettrocardiogramma (ECG). – 45. Applicazione impacco caldo umido. – 46. Esecuzione di medicazioni semplici. – 47. Tricotomia. – 48. Posizionamento Uro Condom. – 49. Inserimento Catetere Venoso Periferico. – 50. Valutare il paziente con dolore. – 51. Erogare l'assistenza post-mortem. – 52. cambio sacca stomia. – 53. Somministrare un clistere. – 54. Raccolta di un campione di feci. – 55. Esecuzione della manovra di Heimlich. – 56. Rianimazione cardiopolmonare (RCP). – 57. Defibrillatore esterno. – 58. Accettazione del paziente. – 59. Trasferimento di un paziente. – 60. Dimissioni di un paziente.

1. Igiene mani

Il lavaggio delle mani (fig. 1) è considerato la misura più efficace per il controllo delle infezioni nosocomiali ovvero quelle che si contraggono in ospedale.

Il lavaggio delle mani consiste in un vigoroso sfregamento delle mani con l'uso di un sapone o di un altro agente detergente (Houghton, 2006; World Health Organization, WHO, 2005).

Sono essenziali per l'efficacia dell'operazione l'uso di una frizione adeguata, per un tempo abbastanza lungo da permettere la pulizia dell'intera superficie delle mani e degli spazi tra le dita, nonché un'efficace asciugatura.

L'obiettivo del lavaggio delle mani è la rimozione della flora microbica transitoria presente sulle mani o portata dalla contaminazione microbica acquisita dal recente contatto con pazienti infetti o colonizzati, o da fonti ambientali, o dopo contatto delle mani con materiale organico.

I germi transitori e occasionali non si moltiplicano, non sopravvivono a lungo e sono facilmente eliminabili con il lavaggio, e sono i microrganismi che più frequentemente trasmettono le infezioni.

Le diverse metodologie per il lavaggio delle mani sono riferite a situazioni operative differenti:

- lavaggio sociale;
- lavaggio antisettico;
- lavaggio chirurgi

Per l'assistenza quotidiana, il CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) consiglia un lavaggio che deve essere vigoroso sotto un getto d'acqua per almeno 20 secondi. Raccomanda agenti antimicrobici nelle seguenti situazioni:

- Quando si è in presenza di batteri resistenti
- Prima delle procedure invasive
- Nell'unità di cura speciali quali la neonatologia o la terapia intensiva.

Lavaggio delle mani

Eccetto situazioni di emergenza,

Prima di:

- Prestare assistenza a qualunque tipologia di paziente.
- Procedure invasive.
- Assistere individui particolarmente sensibili.
- Medicare ferite.
- Distribuire o consumare alimenti.

Dopo aver:

- Usato il bagno.
- Avuto contatto con qualsiasi fluido corporeo.
- Medicato ferite.
- Toccato oggetti contaminati.

Procedura	Razionale scientifico
Regolare la temperatura dell'acqua	
Inumidire con acqua mani e braccia sino al gomito	
Con il detergente frizionare la zona precedentemente inumidita dalle mani all'avambraccio facendo attenzione agli spazi interdigitali e alle pieghe sulle articolazioni delle dita	Il movimento circolare genera un attrito che aiuta a rimuovere più efficacemente i microrganismi
Far durare il lavaggio anche un tempo inferiore al minuto ma non meno di 30 secondi (preferibilmente tra i 40 secondi e il minuto)	
Sciogliere tenendo sempre le mani più in basso dei gomiti in modo che l'acqua fluisca dalle braccia alla punta delle dita	
	L'acqua deve scorrere dalle zone meno contaminate a quelle più contaminate. Questa tecnica di lavaggio delle mani differisce da quella utilizzata in ambito chirurgico
Asciugare tamponando con una salvietta di carta le zone sottoposte a lavaggio senza passare sulle zone già trattate	
Gettare la salvietta nell'apposito contenitore	
Se necessario ripetere l'operazione con più salviette asciutte	

Durante:

- L'assistenza ad ogni singolo paziente.

- Prima di effettuare delle procedure su pazienti immunodepressi.

Il lavaggio delle mani con acqua e sapone in alcuni casi non è sufficiente a rimuovere i patogeni. Il CDC raccomanda l'uso di lozioni antisettiche per le mani a base di alcool (liquidi, gel o schiume) prima e dopo i contatti diretti con i pazienti.

L'uso corretto dei prodotti a base di alcool prevede i seguenti passaggi:

- Applicare un pugno di prodotto nella mano tenuta a coppa.
- Sfregare i palmi fra loro.
- Intrecciare le dita tenendo i palmi a contatto.
- Sfregare i palmi contro i dorsi delle mani.
- Sfregare l'intera superficie di tutte le dita con la mano opposta.

Lavaggio sociale delle mani

Area di competenza

Non delegabile

Materiale necessario

- Sapone
- Asciugamani (è preferibile di carta)
- Lavandino
- Acqua corrente

Preparazione

- Controllare le mani
- Unghie corte senza smalto
- Rimuovere tutti i monili e gioielli
- Tenere sotto controllo ogni lesione cutanea

