Gwen Sherwood · Jane Barnsteiner

Qualità e sicurezza in Infermieristica

L'approccio per competenze QSEN al miglioramento dei risultati

Casa Editrice Ambrosiana

Qualità e sicurezza in Infermieristica

L'approccio per competenze QSEN al miglioramento dei risultati

A cura di

Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

Professor and Associate Dean for Practice and Global Initiatives

School of Nursing

University of North Carolina at Chapel Hill

Chapel Hill, NC

Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN

Professor Emerita

School of Nursing

University of Pennsylvania

Philadelphia, PA

Editor, Translational Research and QI, American Journal of Nursing

Edizione italiana a cura di

Domenico Redigolo

Casa Editrice Ambrosiana

Titolo originale: *Quality and Safety in Nursing: A competency approach to improving outcomes,* 2nd edition, by Gwen Sherwood and Jane Barnsteiner

Copyright © 2017 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved

Traduzione autorizzata dell'edizione originale in lingua inglese *Quality and Safety in Nursing: A competency approach to improving outcomes,* 2nd edition, di Gwen Sherwood e Jane Barnsteiner, pubblicata da John Wiley & Sons, Inc.

Copyright © 2025 C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

I diritti di pubblicazione, riproduzione, comunicazione, distribuzione, trascrizione, traduzione, noleggio, prestito, esecuzione, elaborazione in qualsiasi forma o opera, di memorizzazione anche digitale e di adattamento totale o parziale su supporti di qualsiasi tipo e con qualsiasi mezzo (comprese le copie digitali e fotostatiche), sono riservati per tutti i paesi. L'acquisto della presente copia dell'opera non implica il trasferimento dei suddetti diritti né li esaurisce.

Fotocopie per uso personale (cioè privato e individuale, con l'esclusione quindi di strumenti di uso collettivo) possono essere effettuate, nei limiti del 15% di ciascun volume, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.
Tali fotocopie possono essere effettuate negli esercizi commerciali convenzionati SIAE o con altre modalità indicate da SIAE.
Per le riproduzioni ad uso non personale (per esempio: professionale, economico, commerciale, strumenti di studio collettivi come dispense e simili) l'editore potrà concedere a pagamento l'autorizzazione a riprodurre un numero di pagine non superiore al 15% delle pagine del presente volume.
Le richieste vanno inoltrate a:
CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali
Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano
e-mail: autorizzazioni@clearedi.org sito web: www.clearedi.org

L'editore, per quanto di propria spettanza, considera rare le opere fuori del proprio catalogo editoriale. La loro fotocopia per i soli esemplari esistenti nelle biblioteche è consentita, anche oltre il limite del 15%, non essendo concorrenziale all'opera. Non possono considerarsi rare le opere di cui esiste, nel catalogo dell'editore, una successiva edizione, né le opere presenti in cataloghi di altri editori o le opere antologiche. Nei contratti di cessione è esclusa, per biblioteche, istituti di istruzione, musei e archivi, la facoltà di cui all'art. 71 - ter legge diritto d'autore.

Per permessi di riproduzione, anche digitali, diversi dalle fotocopie rivolgersi a direzione@ceaedizioni.it

Traduzione: Angela Prendin (capitolo1 e pagine iniziali), Paola Roma (tutto il resto del volume)

Revisione scientifica e adattamento: Domenico Redigolo

Realizzazione editoriale: Studio Cromac, Pavia

Copertina: Claire Biliotte

Prima edizione: giugno 2025

Ristampa
4 3 2 1 0 2025 2026 2027 2028 2029

Realizzare un libro è un'operazione complessa, che richiede numerosi controlli: sul testo, sulle immagini e sulle relazioni che si stabiliscono tra loro. L'esperienza suggerisce che è praticamente impossibile pubblicare un libro privo di errori. Saremo quindi grati ai lettori che vorranno segnalarceli.
Per segnalazioni o suggerimenti relativi a questo libro rivolgersi a:
C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana
viale Romagna 5, 20089 Rozzano (MI)
fax 02 52202260
e-mail: redazione@ceaedizioni.it
Sul sito **universita.zanichelli.it/sherwood** è possibile verificare se sono disponibili **errata corrige** per questo volume.

Stampato da LegoDigit, via Galileo Galilei, 15/1 - Lavis (TN)
per conto della C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, viale Romagna 5 - 20089 Rozzano (MI)

NOTA
Professionisti e ricercatori devono valutare e utilizzare le informazioni contenute in questo testo ricorrendo alle loro conoscenze e alla loro esperienza, dato che mano a mano che nuove ricerche e l'esperienza clinica espandono il campo delle nostre conoscenze, si impongono opportune modifiche delle teorie e dei trattamenti. Gli autori, i redattori e i collaboratori, così come l'editore e tutti coloro in qualche modo interessata nella preparazione e nella pubblicazione di questo volume, non possono in alcun modo essere ritenuti responsabili di eventuali conseguenze derivate dall'impiego di qualche informazione in esso contenuta.

Autori

Curatori

Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF
Professor and Associate Dean for Practice and Global Initiatives
School of Nursing
University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC

Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN
Professor Emerita
School of Nursing
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA
Editor, Translational Research and QI, American Journal of Nursing

Autori

Kathryn R. Alden, EdD, MSN, RN, IBCLC
Associate Professor
School of Nursing
University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC

Elizabeth Cerbie Brown, MSN, RN
Director of Nursing Education
Indiana University Health
Indianapolis, IN

Thomas R. Clancy, MBA, PhD, RN, FAAN
Clinical Professor and Associate Dean
Faculty Practice, Partnerships and Professional Development
School of Nursing
The University of Minnesota
Minneapolis, MN

Linda R. Cronenwett, PhD, RN, FAAN
Dean Emerita and Professor
UNC-Chapel Hill, School of Nursing
Chapel Hill, NC
and Co-Director, RWJF Executive Nurse Fellows Program

Lisa Day, PhD, RN, CNE
Associate Professor
Josiah Macy Jr Foundation Faculty Scholar
Duke University School of Nursing
Chapel Hill, NC

Joanne Disch, PhD, RN, FAAN
Professor ad Honorem
University of Minnesota School of Nursing
Minneapolis, MN

Mary A. Dolansky, PhD, RN, FAAN
Associate Professor
Director, QSEN Institute
Frances Payne Bolton School of Nursing
Case Western Reserve University
Cleveland, OH

Carol F. Durham, EdD, RN, ANEF, FAAN
Professor
School of Nursing
University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC

ISBN 978-88-08-68005-1

Pamela M. Ironside, PhD, RN, FAAN, ANEF
Prairie du Sac, WI

Jean Johnson, PhD, RN, FAAN
Professor, Founding Dean (retired) and Executive Coach
School of Nursing
George Washington University
Washington, DC

Ellen Luebbers, MD
VA Quality Scholars Fellow
Louis Stokes Cleveland VA Medical Center
Case Western Reserve University School of Medicine
Cleveland, OH

Shirley M. Moore, PhD, RN, FAAN
Edward J. and Louise Mellen Professor of Nursing
Frances Payne Bolton School of Nursing
Case Western Reserve University
Cleveland, OH

Mary Jean Schumann, DNP, MBA, RN, CPNP, FAAN
Associate Professor of Nursing and Senior Associate Dean for Academic Affairs
George Washington University School of Nursing
Washington, DC

Mamta K. Singh, MD, MS
Associate Professor of Medicine
Case Western Reserve University School of Medicine
Louis Stokes Cleveland Veterans Affairs Medical Center
Cleveland, OH

Nancy Spector, PhD, RN, FAAN
Director of Regulatory Innovations
National Council of State Boards of Nursing
Chicago, IL

Mary Fran Tracy, PhD, RN, APRN, CNS, FAAN
Associate Professor/Nurse Scientist
University of Minnesota School of Nursing
University of Minnesota Medical Center
Minneapolis, MN

Beth T. Ulrich, EdD, RN, FACHE, FAAN
Professor, University of Texas Health Science Center at Houston School of Nursing
Editor, *Nephrology Nursing Journal*
Pearland, TX

Mary K. Walton, MSN, MBE, RN
Director, Patient and Family Centered Care; Nurse Ethicist
Hospital of the University of Pennsylvania
Adjunct Assistant Professor of Medical Ethics and Health Policy
Perelman School of Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA

Judith J. Warren, PhD, RN, BC, FAAN, FACMI
Consultant, Warren Associates, LLC
Plattsmouth, NE

Amy Hagedorn Wonder, PhD, RN
Assistant Professor
Indiana University School of Nursing
Bloomington, IN

Presentazione

Il corso di formazione professionale della Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching ha sottolineato la necessità di importanti cambiamenti nella formazione dei professionisti negli ambiti della medicina, della giurisprudenza, dell'ingegneria e della pastorale religiosa.

Il gruppo di lavoro dedicato all'infermieristica, coordinato dalla professoressa Patricia Benner (Benner et al., 2010), ha iniziato con l'osservare i profondi cambiamenti nella pratica della professione infermieristica resi necessari dalla scienza e dalla tecnologia, dall'attivismo delle persone assistite e delle loro associazioni di tutela, dal finanziamento del servizio sanitario – ispirato più alle logiche del mercato che non a quelle della tutela della salute di cittadini e popolazioni – specie nei contesti in cui queste forze agiscono in sinergia e nei quali gli infermieri esercitano attualmente la loro professione. Il gruppo di lavoro ha rilevato anche l'esistenza di un gap tra formazione ed esercizio professionale, caratterizzato dalla necessità di rendere l'apprendimento delle competenze coerente con la realtà dell'attività lavorativa che gli infermieri devono affrontare e svolgere. Questo testo inizia ad affrontare questo gap, dando spazio alle conoscenze e alle abilità necessarie a comprendere e migliorare i nuovi contesti di pratica infermieristica.

Ogni professione acquisisce riconoscimento sociale mediante il continuo miglioramento del lavoro che svolge a beneficio della collettività (Houle, 1980) ma, come osservano Benner e collaboratori (2010), nell'epoca attuale non è né facile né semplice migliorare il servizio sanitario per le persone e i gruppi di popolazione, dato che opera mediante sistemi complessi e interdipendenti (Batalden, Ogrinc, Batalden, 2006). Progettare e testare le modifiche apportate a tali sistemi per migliorarne l'efficacia richiede conoscenze e abilità innovative. Questo testo tratta delle competenze essenziali da sviluppare per essere in grado di operare con padronanza e maestria sui fronti della qualità e della sicurezza nella pratica assistenziale.

"Realizzare un miglioramento della qualità" non è necessariamente equivalente al "miglioramento della qualità di ciò che si fa", ossia del lavoro per cui si ottiene l'abilitazione professionale. Non è l'attività di un gruppetto di fanatici che impegna personale negli uffici al mero scopo di rispettare i regolamenti, ma è una componente essenziale del lavoro di chiunque, oggi, rivendica lo status di professionista sanitario.

Il miglioramento della qualità, della sicurezza e del valore sociale del servizio sanitario richiede l'applicazione di conoscenze multidisciplinari (Batalden et al., 2011). Sono diversi gli approcci formativi fondati sulla costruzione della conoscenza – da quelli

 ISBN 978-88-08-68005-1

della biologia a quelli delle scienze sociali e fisiche, fino a quelli delle discipline umanistiche –, che si associano nel contribuire allo sviluppo della conoscenza e della scienza del miglioramento. Questo testo descrive tali ambiti conoscitivi e richiama l'attenzione sul lavoro accademico e le sue applicazioni da parte di docenti, formatori e ricercatori che sviluppano e promuovono il pensiero critico inerente il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Al centro del lavoro professionale diretto a migliorare la salute delle persone assistite vi è una serie di interazioni, che possono essere rappresentate con una semplice formula logica:

Scienza generalizzabile **x** Persona specifica ⟶ Miglioramento finalizzato

Agli occhi dei professionisti sanitari che operano nei più diversi contesti clinici, ognuno degli elementi di questa formula si presenta innumerevoli volte al giorno insieme agli altri, perciò si può ricorrere a una rappresentazione logica analoga anche per migliorare il servizio sanitario:

(Obiettivo individuale/di popolazione **+** Scienza generalizzabile) **x** Contesto operativo specifico ⟶ Miglioramento finalizzato delle prestazioni sanitarie

Ogni elemento o simbolo di questa semplice formula logica è configurato dalla conoscenza, che è stata sviluppata e verificata con metodi specifici. Poiché tutto il servizio di erogazione dell'assistenza sanitaria è co-prodotto da due parti interessate – la persona che identifichiamo come "assistito" e quella che identifichiamo come "professionista sanitario" – questo processo ha inizio con l'individuazione di un fine condiviso (Batalden et al. 2015). Tale fine origina dalla conoscenza dell'obiettivo desiderato dalla persona assistita e dall'identificazione del contributo che le conoscenze generalizzabili del professionista possono offrire. È per raggiungere questo obiettivo che la persona assistita e il professionista lavorano insieme.

Una buona conoscenza professionale della "scienza generalizzabile" si sviluppa controllando attentamente e riducendo al minimo il peso della variabile "contesto operativo". Per contro, la conoscenza di un particolare contesto è frutto di un'attenzione estrema verso di esso, ossia verso i sistemi, i processi, le tradizioni, i modelli organizzativi e assistenziali e via dicendo, che caratterizzano quell'identità che lo rende peculiare. In un contesto sanitario, misurare il miglioramento della performance significa misurare nel tempo – non solo in due momenti più o meno distanti – mediante parametri/indicatori di misura imparziali al fine di analizzare gli aspetti multidimensionali della qualità, della sicurezza e il valore del processo e degli esiti di salute prodotti dalle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Anche i simboli della formula rappresentano altrettanti domini di conoscenza. Il segno **+** significa saper abbinare il contributo che la scienza del professionista può dare al conseguimento dell'obiettivo dell'assistito. Il segno **x** indica l'influenza rilevante del contesto sui risultati del lavoro condiviso. Il segno ⟶ rappresenta la conoscenza del cambiamento che si sta mettendo effettivamente in atto, fino a realizzarlo. Ogni elemento e simbolo della formula riconduce a una diversa modalità di conoscenza e ognuno di essi

deve agire in sinergia con gli altri per realizzare quei cambiamenti che migliorano concretamente il servizio sanitario (Batalden e Davidoff, 2007).

Benner e colleghi (2010) osservano anche che, per diventare infermieri, esistono modalità di accesso, percorsi formativi, piani di studio e durata dei corsi molto diversi. Questo testo considera con attenzione tale diversità, focalizzandosi sui contenuti da padroneggiare, ossia le competenze necessarie. Man mano che i futuri professionisti sanitari si impegnano nell'apprendimento basato sulle competenze, sarà importante evitare di ridurre le specificità delle stesse a meri pacchetti di conoscenze da apprendere meccanicamente, poiché in tal modo non si coinvolge l'intera persona nel processo di apprendimento[1], che non riesce ad applicare appieno quanto appreso nella relazione con un'altra persona, che si trova nel bisogno a causa dei suoi problemi di salute.

Ciò che conta nel servizio sanitario è ridurre il peso del fardello imposto dalla malattia alle persone e alle popolazioni: il vero focus dell'assistenza sanitaria sono le persone e ciò per cui lottano insieme. Insieme, costruiscono una relazione e si impegnano in alcune attività; tale relazione e le attività che da essa hanno origine sono connesse da conoscenze, abilità e abitudini. Le attività dirette a migliorare la qualità, la sicurezza e il valore del servizio sanitario costituiscono un cambiamento di natura sociale che si apprende con l'esperienza (Batalden et al., 2011). Teorie, metodi, strumenti e tecniche di miglioramento sono risorse potenzialmente utili, ma non dobbiamo mai commettere l'errore di confonderli con il lavoro di miglioramento del servizio sanitario: sarebbe come confondere una cartina geografica con il territorio che rappresenta.

Creare ambienti lavorativi che favoriscano il fecondo e innovativo lavoro di miglioramento del servizio sanitario implica il legame inestricabile di tre obiettivi e richiede l'impegno di tutti, come illustrato nella figura P.1 (Batalden e Foster, 2012).

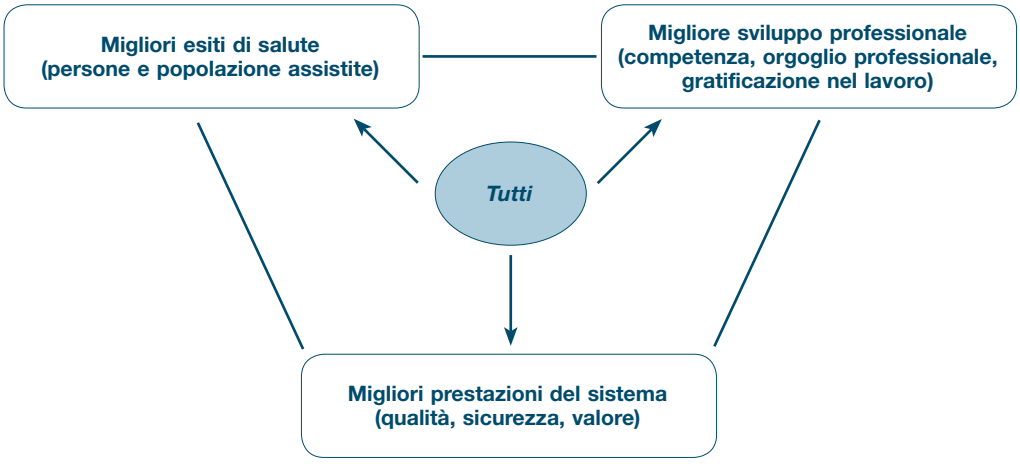

Figura P.1 Creazione di un ambiente di lavoro funzionale al miglioramento del sistema sanitario.

1. Come avviene nell'apprendimento significativo: si veda l'opera di grande utilità pedagogica, anche per la formazione infermieristica: Novak J.D., *L'apprendimento significativo. Le mappe concettuali per creare e usare la conoscenza*, Erickson, 2001 (*N.d.C.*).

 ISBN 978-88-08-68005-1

I professionisti sanitari hanno l'opportunità di contribuire a definire questi obiettivi e a metterli in relazione fra loro.

È frequente notare, attraverso l'esperienza degli infermieri e di altri professionisti sanitari in attività, che una componente rilevante del loro lavoro consiste nel proteggere la persona assistita dalle dinamiche dell'ente sanitario nel cui contesto essa e il medico si incontrano. Ciò colloca la responsabilità della progettazione del sistema sanitario e del suo continuo miglioramento in un ambito esterno a quello dell'attività del professionista che opera a contatto con l'utenza che accede alle prestazioni sanitarie.

Io preferisco una visione diversa del lavoro professionale, che accetta la responsabilità del professionista sul fronte della qualità, della sicurezza e del valore del servizio. Questo testo può aiutare gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che non accettano di lavorare in sistemi che percepiscono come estranei a questa visione.

Un infermiere del corso in cui insegnavo molti anni fa espresse la mia visione del lavoro professionale in modo molto sintetico ma efficace: "In realtà, abbiamo di fatto due lavori: fare il nostro lavoro e migliorarlo".

Questo libro esorta a impegnarsi per migliorare l'assistenza sanitaria, ossia l'attività che contribuisce a rendere gli operatori sanitari dei professionisti. Buona lettura.

Paul Batalden, M.D.
Emeritus Professor, The Dartmouth Institute
for Health Policy and Clinical Practice
Dartmouth Medical School
Lebanon, New Hampshire, USA

Bibliografia

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., Hartung H. (2015) Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety,* Published Online First [15 September 2015] doi:10.1136/bmjqs-2015-004315.

Batalden, P., Bate, P., Webb, D., McLoughlin, V. (2011) Planning and leading a multidisciplinary colloquium to explore the epistemology of improvement. *BMJ Quality & Safety*, 20, i1-i4.

Batalden, P., Davidoff, F. (2007) What is quality improvement and how can it transform healthcare? *Quality & Safety in Health Care*, 16, 2-3.

Batalden, P., Davidoff, F., Marshall, M., Bibby, J., Pink, C. (2011) So what? Now what? Exploring, understanding and using the epistemologies that inform the improvement of health care. *BMJ Quality & Safety*, 20, i99-i105.

Batalden, P. e Foster, T. (a cura di) (2012) Sustainably Improving Health Care: Creatively Linking Care Outcomes, System Performance, and Professional Development. London: Radcliffe.

Batalden, P., Ogrinc, G., Batalden, M. (2006) From one to many. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 549-551.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day L. (2010) Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco: Jossey-Bass.

Houle, C.O. (1980) Continuing learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass.

Prefazione

La sinergia ispirata dal progetto Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) nei primi lustri di questo secolo ha orientato e tuttora sta orientando il mutamento della formazione e della pratica infermieristiche verso il miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria (Cronenwett et al., 2007; Cronenwett et al., 2009). Grazie a una serie di finanziamenti, erogati tra il 2005 e il 2012 dalla Robert Wood Johnson Foundation, il progetto QSEN è stato guidato da un team direttivo, un gruppo nazionale di esperti e un comitato consultivo, che hanno identificato le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti (*knowledge*, *skills*, *attitudes*, KSA) riguardanti le sei competenze inizialmente identificate dal *think tank* dell'Institute of Medicine (IOM) (2003): assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare, *evidence-based practice* (EBP), miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica. Con la seconda edizione di questo testo fondamentale, rendiamo onore al percorso di miglioramento continuo dei sistemi sanitari intrapreso 11 anni fa da un gruppo di pionieri che hanno contribuito a identificare i primi fruitori di questo progetto e a guidarli attraverso le quattro fasi del progetto QSEN.

Il gruppo originale, costituito da poco più di 20 persone, che promossero il progetto QSEN, si ampliò a 40 promotori che divennero facilitatori QSEN (https://www.qsen.org/), e poi a centinaia tra docenti, clinici e amministratori che hanno guidato le Pilot Schools Learning Collaborative, gli American Association of Colleges of Nursing (AACN)/QSEN Faculty Development Institutes, e numerosissimi altri progetti. Sebbene la trasformazione sia stata rapida e abbia coinvolto numerosi ambiti, restano da colmare molte lacune. Le sei competenze inerenti la qualità e la sicurezza, incluse nel progetto QSEN, sono saldamente integrate nelle competenze essenziali della formazione infermieristica, come risulta sia dai documenti della National League for Nurses che da quelli dell'AACN, e si stanno diffondendo a livello globale nei contesti formativi e di pratica clinica. La formazione dei formatori ha contribuito alla diffusione dei nuovi approcci educativi, preparando migliaia di docenti di infermieristica a integrare nei piani di studio i KSA funzionali ad acquisire le sei competenze essenziali. L'entusiasmo per il miglioramento dell'assistenza sanitaria si è concretizzato con l'introduzione di modelli formativi e strategie didattiche innovativi, l'attivazione di molteplici iniziative e applicazioni cliniche, l'adozione di pratiche assistenziali *evidence-based* e la diffusione di una cultura della sicurezza.

Docenti e clinici hanno iniziato ad adottare un nuovo modo di pensare alla qualità e alla sicurezza; si sono sviluppate nuove partnership fra le diverse professioni sanitarie e fra istituzioni accademiche ed enti sanitari, che si sono tradotte rapidamente in

 ISBN 978-88-08-68005-1

un'audace visione innovatrice delle professioni, della formazione e della pratica sanitarie. Sia gli utenti sia i professionisti sanitari riconoscono che negli Stati Uniti l'assistenza sanitaria è tuttora ben lungi dall'essere ideale, ma vi è la convinzione che gli sforzi congiunti di docenti e operatori delle diverse professioni sanitarie possano agire sinergicamente per renderla migliore.

Nell'assistenza sanitaria, la qualità e la sicurezza sono principi universali; sia nell'ambito della formazione sia in quello della pratica clinica, gli infermieri hanno la *volontà* di perseguirle sulla base di un comune sistema di valori, a condizione di essere aiutati a sviluppare le *idee* per guidare il cambiamento e di avere gli strumenti per *mettere in atto* il cambiamento necessario, essendo di fatto motivati a cogliere l'opportunità di lavorare in sistemi focalizzati su un'assistenza sicura e di qualità.

La formazione è certamente il ponte proteso verso la qualità (IOM, 2003), e il progresso avanza con ogni generazione di infermieri in possesso delle competenze necessarie per operare in sistemi sanitari incentrati sulla sicurezza delle cure e persino per dirigerli: assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare, *evidence-based practice*, miglioramento della qualità, sicurezza e uso dell'informatica. Abbiamo raggiunto un punto critico? Gli infermieri avvertono da tempo l'ineludibile necessità di migliorare gli esiti di salute delle persone assistite e hanno contribuito fin dall'inizio al lavoro di miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica. Sicurezza e assistenza centrata sulla persona sono state riconosciute come caposaldi di una pratica infermieristica efficace, tuttavia è comprovato che una scienza della sicurezza e del miglioramento della qualità garantisce un'attenzione più specifica a ogni iniziativa su questi due fronti.

La nuova versione ampliata di questo libro cerca di rispondere alle esigenze di docenti, tutor universitari e tutor infermieri clinici, infermieri dirigenti e studenti di infermieristica di ogni livello formativo. Ciascun capitolo ha inizio con il frammento di un episodio reale e tutti i capitoli, nel loro insieme, tracciano una sorta di piano d'azione per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Informazioni aggiornate in ogni capitolo offrono una visione attuale dell'applicazione della qualità e della sicurezza; il capitolo 2 illustra gli sforzi degli utenti per promuovere il cambiamento; nel capitolo 3 la dottoressa Linda Cronenwett descrive, da protagonista, la nascita e lo sviluppo del pluripremiato progetto QSEN, divenuto il QSEN Institute presso la Case Western Reserve University School of Nursing.

Ognuna delle sei competenze QSEN viene trattata in modo approfondito nella parte II, i cui capitoli offrono anche una serie di risorse per docenti, studenti laureati, infermieri clinici e dirigenti sanitari: strategie e strumenti didattici, riferimenti bibliografici e così via.

La parte III contiene capitoli completamente rivisti sull'implementazione della qualità e della sicurezza nei vari contesti operativi; uno di questi illustra la specularità tra formazione e pratica infermieristica per comprendere meglio gli approcci formativi utili alla riprogettazione degli insegnamenti. Altri approcci didattici che vengono illustrati riguardano la pedagogia narrativa, l'integrazione delle competenze nella simulazione, mentre un nuovo capitolo esplora le possibili applicazioni dell'apprendimento clinico, la natura

cruciale del lavoro di squadra interprofessionale per migliorare la qualità e la sicurezza, e lo sviluppo della leadership personale per guidare il cambiamento nelle strutture focalizzate sul miglioramento di queste due componenti essenziali dell'assistenza sanitaria.

L'ultimo capitolo esamina le applicazioni globali della qualità e della sicurezza e delinea la necessità di condividere strategie per il cambiamento della formazione, della ricerca e della pratica infermieristica e sanitaria in tutto il mondo.

Tre appendici forniscono ulteriori risorse, costituite da tabelle su conoscenze, abilità e atteggiamenti (KSA) per ognuna delle sei competenze – articolate in due livelli formativi, preabilitazione e post-laurea – e i risultati di uno studio Delphi che aiutano i docenti a collocare i 162 KSA nei piani di studi dei corsi di infermieristica e nei progetti formativi per il personale già in attività, articolandoli in tre diversi livelli di formazione/competenza (principiante, livello intermedio, livello avanzato). Il testo contiene inoltre un ricco glossario.

Ognuno degli autori che ha concorso alla realizzazione di questo testo è un dirigente impegnato nei settori della qualità e della sicurezza e ha offerto il proprio contributo per stimolare gli infermieri e gli altri professionisti sanitari a condividere il loro lavoro e a diffonderlo in tutto il mondo. Tutti insieme auspichiamo di ricostruire l'assistenza sanitaria come un sistema altamente affidabile, centrato sulla sicurezza e la qualità. La nostra speranza è che la storia, condivisa e in evoluzione, del progetto QSEN offra al lettore motivazione e *volontà*, che la ricca "cassetta degli attrezzi" racchiusa in queste pagine generi nuove *idee* e che gli sforzi costanti per la formazione di docenti e infermieri dirigenti si traducano in una *realizzazione*, mentre vanno formandosi nuove generazioni di infermieri preparati per guidare e operare in modo integrale e integrante in organizzazioni sanitarie fondate sulla cultura della qualità e della sicurezza.

Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF
Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN
Cocuratori

Prefazione all'edizione italiana

A tutti gli infermieri e gli altri professionisti sanitari impegnati ogni giorno a servizio del valore inestimabile della vita, della salute e della dignità delle persone.

A distanza di quasi 50 anni dalla sua istituzione (1978, Legge 833), quello che era un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fra i migliori del mondo si sta deteriorando giorno per giorno trovandosi nella sua crisi più drammatica: allungamento a dismisura delle liste d'attesa, imponente migrazione sanitaria da Sud a Nord, aumento della spesa sanitaria a carico dei cittadini, povertà sanitaria in costante aumento (milioni di cittadini che, non disponendo di risorse economiche sufficienti, rinunciano a curarsi), carenza di personale – soprattutto medico e infermieristico, ma non solo – in fuga dalle aziende sanitarie pubbliche verso quelle private e verso altri Paesi europei ed extraeuropei, episodi sempre più numerosi di aggressione al personale sanitario, demotivazione e frustrazione dei professionisti che "resistono" nel proprio posto di lavoro e sono costretti a sostenere carichi di lavoro sempre più massacranti, enorme disparità di trattamento economico fra personale sanitario "interno" e dipendente di cooperative sanitarie in rapida espansione, e così via. Proseguendo di questo passo, la cura della salute sarà sempre più (ma lo è già in parte) accessibile alle sole persone in grado di sostenerne il costo economico, direttamente (pagando una parte dei costi delle prestazioni) o indirettamente (pagando una polizza assicurativa che copre prestazioni più o meno costose a seconda dell'entità del premio assicurativo).

In questo quadro impietoso, potrebbe risultare paradossale e pretenzioso parlare di qualità e sicurezza dei servizi, quando essi sono già carenti di per sé, ma un sistema sanitario pubblico – il cui mandato istituzionale è prendersi cura della salute di *tutti* i cittadini – non può dirsi tale in assenza di queste due dimensioni che, se non garantite, mettono a repentaglio non solo la salute o le possibilità di recuperarla, ma la vita stessa delle persone che a tale sistema si affidano. E il permanere di centri di eccellenza, che continuano la propria attività clinica nonostante tale trend, sta a dimostrare l'enorme valore di un SSN pubblico che assolve al meglio il compito per cui è stato istituito, nonostante i fattori contingenti che ne avversano la vitalità e le potenzialità.

Non è mia intenzione addentrarmi nell'analisi delle cause – che sono da ricondursi in massima parte alla deliberata, progressiva e sistematica riduzione delle risorse economiche necessarie al buon funzionamento del SSN, sulla base di una concezione che identifica la spesa sanitaria come un costo da sostenere e non come un investimento nel futuro – quanto mettere in evidenza che questo andamento viola apertamente il principio costituzionale del diritto alla salute, sancito a chiare lettere nell'art. 32: "La

 ISBN 978-88-08-68005-1

Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti […]". Tale principio – molto citato negli ultimi anni ma sempre meno applicato – rappresenta uno dei diritti inviolabili di ogni persona (art. 2 della Costituzione) e uno dei cardini fondamentali di ogni regime democratico, dato che, in assenza di salute, i cittadini non possono vivere una condizione di vera e piena libertà, di pari dignità fra tutti loro, e tantomeno possono sviluppare appieno la propria personalità e partecipare fattivamente alla vita politica, economica e sociale del Paese (art. 3).

Per queste ragioni, lavorare sul versante della qualità e della sicurezza delle prestazioni e dei servizi sanitari ha il significato di legare e finalizzare queste dimensioni a tali principi inderogabili, perché sono l'espressione del rispetto dell'integrità e della dignità della persona umana, di ogni persona, senza alcuna distinzione di qualsivoglia natura, tanto più se si tratta di persone già fragili a causa di una disabilità, di una malattia, di un grave trauma o delle loro conseguenze.

La qualità è dunque, prima di tutto, un dovuto etico che ogni organizzazione sanitaria e ogni professionista sanitario devono assumere come un dovere primario da assolvere nella propria attività. Una qualsiasi prestazione sanitaria, infatti, non può essere erogata se non con uno standard minimo accettabile, al di sotto del quale potrebbe non determinare l'esito atteso o addirittura provocare un danno o perfino la morte della persona assistita. Più specificamente, impegnarsi sul fronte della qualità in sanità significa tendere costantemente verso le caratteristiche del sistema sanitario ideale, che garantisce: la centralità della persona assistita, la sicurezza delle prestazioni e dell'ambiente di cura, l'efficacia e l'efficienza dei processi di erogazione delle prestazioni, l'appropriatezza e la tempestività delle cure, l'equità di accesso e di trattamento, la soddisfazione degli assistiti, la valutazione dei risultati ottenuti e di tutti gli altri aspetti appena citati.

Questo testo offre un valido contributo a quanti, fra i professionisti della salute, vogliano approfondire non tanto e non solo gli aspetti meramente tecnici della qualità e della sicurezza delle prestazioni e dell'attività sanitaria, quanto quelli sottesi alla loro implementazione in ogni settore in cui tale attività si svolge, a partire dalla formazione di base, post-base e permanente, fino alla gestione degli aspetti inerenti alla qualità e alla sicurezza che devono essere gestiti all'interno dell'organizzazione e garantiti a ogni persona assistita. Costituisce pertanto una risorsa molto utile per docenti e tutor universitari, infermieri coordinatori e dirigenti, infermieri tutor clinici, infermieri referenti della qualità e della sicurezza, infermieri che si occupano di qualità e sicurezza nei settori direzionali e naturalmente per tutti gli altri professionisti che fanno altrettanto in un ruolo professionale diverso, medici compresi.

Allo scopo di contestualizzare il più possibile l'opera originale nella realtà del sistema sanitario italiano, che rispetto a quello americano ha in sé delle caratteristiche del tutto peculiari, si è cercato di individuare, passo passo, gli aspetti normativi, formativi, organizzativi e professionali che, di capitolo in capitolo, potevano essere associati e messi a confronto con quelli presentati dalle autrici per il contesto statunitense. Alla fine, man mano che procedeva questo lavoro, il testo ha assunto sempre più il carattere

di un "quasi manuale" della formazione alla qualità e alla sicurezza e della loro promozione in ogni contesto operativo. Il lettore troverà pertanto, quasi in ogni pagina, delle note del curatore che hanno la funzione di spiegare, approfondire, motivare le scelte nella traduzione di alcuni termini chiave, rinviare a risorse utili per un ulteriore approfondimento e così via. In alcuni casi, tali note servono a richiamare o spiegare concetti fondamentali che nel testo non sono trattati – probabilmente le autrici li davano per scontati – ma che si sono ritenuti necessari a una migliore comprensione dei contenuti del testo originale.

Oltre a questo, a partire dal capitolo 4 e fino alla fine, sono state inserite in ogni capitolo alcune proposte di attività concrete da intraprendere ("Prova tu: QSEN in pratica"), non tanto per mettere alla prova il proprio apprendimento, quanto per suscitare nel lettore il desiderio di contribuire davvero al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza nella propria realtà operativa, facendolo riflettere o facendogli sperimentare che occuparsi di questi temi è compito di qualunque professionista della salute e non solo degli incaricati. Si è pertanto cercato, per quanto possibile e in coerenza con il testo originale, di allestire delle proposte di lavoro dirette ai diversi ruoli esistenti sia nel settore della formazione (per esempio, tutor e docente di infermieristica) sia in quello della pratica infermieristica (per esempio, infermiere tutor clinico, coordinatore o dirigente infermieristico), con l'intento di far arrivare contenuti e riflessioni al maggior numero possibile di operatori.

Tuttavia, era inevitabile che, essendo il versante della formazione quello su cui le autrici hanno sviluppato la maggior parte dei contenuti, anche le proposte di lavoro fossero elaborate per le figure che operano in questo ambito; e del resto è comprensibile, poiché è in tale settore che dovrebbero essere acquisite le competenze fondamentali inerenti alla qualità e alla sicurezza, per poi approfondirle e curarle lungo tutta la vita professionale ed in ogni ambito operativo.

Ovviamente, ogni proposta di lavoro può essere adattata per modellarla come meglio si crede, ma ciò che sarebbe auspicabile è che sia intrapresa coinvolgendo il più possibile i colleghi, anche di altro profilo/ruolo professionale, nell'ottica dell'integrazione dei saperi e delle competenze del team di cui si fa parte, in modo da favorire reciprocamente la crescita e lo sviluppo professionale, non solo nelle singole realtà ma anche nella partnership tra professionisti operanti nell'ambito accademico e nella pratica clinica.

In alcuni capitoli, sono riportati anche degli indirizzi internet che si possono utilizzare per attingere a risorse e documenti utili ai fini del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza. Infine, con il medesimo intento, si è provveduto a integrare il glossario con diverse altre voci, adattandolo opportunamente al contesto sanitario italiano.

Come più volte evidenziato dalle autrici, chi coglie sul serio l'opportunità di (auto) formarsi riguardo alle dimensioni della qualità e della sicurezza può diventare un efficace "agente di cambiamento" del sistema, e fare da cassa di risonanza per mettere in luce di fronte a chiunque – utenza e decisori politici in primis – il valore dell'attività sanitaria che si svolge nel proprio contesto operativo e in quelli collegati.

 ISBN 978-88-08-68005-1

A parere di chi scrive, l'unica speranza di salvare il nostro SSN, di dargli un futuro non più precario e disomogeneo come il presente, richiede di rendere le persone assistite più consapevoli del suo valore e dei danni conseguenti al suo smantellamento progressivo, affinché divengano più intraprendenti e coese nel difenderne con coraggio il buon funzionamento, che si esprime da sempre in termini di qualità e di sicurezza del servizio.

Buona lettura e buon lavoro!

Dottor Domenico Redigolo
Infermiere[1]

1. Già Professore a contratto in vari insegnamenti di infermieristica e tutor didattico nelle Università degli Studi di Padova e di Udine, Coordinatore del Master di I Livello in Infermieristica di AC dell'Università degli Studi di Udine, Coordinatore del Servizio Qualità dell'Azienda ULSS 3 Serenissima di Venezia, formatore, autore e collaboratore della Casa Editrice Ambrosiana.

Presentazione dell'edizione italiana

"L'infermiere fonda il proprio comportamento su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le proprie competenze in modo critico e riflessivo al fine di garantire responsabilmente la qualità e la sicurezza dell'agire professionale. Pianifica, svolge e partecipa ad iniziative di formazione, adempiendo agli obblighi, anche normativi, di un costante aggiornamento." L'articolo 10 del nostro Codice Deontologico, aggiornato a marzo 2025, spiega in maniera efficace la connessione tra il concetto di sicurezza del paziente e la necessità che la nostra professione ha di evolvere. Essere infermiere oggi significa garantire alla persona assistita una risposta a bisogni di salute complessi e in continuo mutamento che richiedono competenze avanzate e una dimensione multidisciplinare dell'assistenza, condizione indispensabile per la sostenibilità del sistema salute. Ed è in questo mandato professionale, deontologico e legislativo che il valore dell'*accountability* infermieristica traspare quotidianamente nel sostegno, nello sviluppo e nella tutela del diritto fondamentale della salute, in un'ottica di sicurezza, in primis per la popolazione, per i professionisti e per il sistema salute del nostro Paese.

In un Paese che invecchia, e nel quale le patologie si cronicizzano, servono modelli organizzativi diversi da quelli del passato. In quest'ottica, il contributo che gli infermieri specializzati possono dare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale diventa fondamentale. Come appare chiaro sfogliando le pagine di questo libro, in cui ogni capitolo è aperto da episodi realmente accaduti, la sfida per migliorare la qualità e la sicurezza del processo assistenziale risiede nella formazione, sia accademica sia continua.

Una sfida che l'infermiere accoglie il giorno stesso in cui decide di intraprendere la strada della professione. Una formazione impegnativa, nell'ambito della quale lo studente infermiere deve dominare un ampio campo di conoscenze e di competenze, prima per arrivare all'esame di laurea abilitante alla Professione e poi per entrare in un mondo del lavoro che abbraccia più dimensioni. Si passa dall'assistenza domiciliare alla terapia intensiva, dalla salute mentale a quella materno-infantile, dall'emergenza-urgenza alle cure di fine vita. La laurea triennale, da sola, non basta a fornire una conoscenza approfondita su ogni ambito assistenziale, per questo servono modelli organizzativi e modelli formativi nuovi. È una richiesta che arriva dai cittadini e dai loro bisogni di salute, rispetto alla quale a breve arriveranno le prime risposte con l'istituzione di tre lauree magistrali a indirizzo clinico in Cure Primarie e Sanità pubblica, in Cure Pediatriche e Neonatali e in Cure Intensive e nell'Emergenza.

Le situazioni migliori di motivazione e di *retention* degli infermieri coincidono con la specializzazione, la diversificazione delle competenze e l'integrazione all'interno di

 ISBN 978-88-08-68005-1

équipe multiprofessionali che riconoscono l'infermiere parte attiva nel processo di cura e di assistenza.

Questo deve essere l'elemento guida nelle scelte per lo sviluppo del sistema salute, perché il nostro Paese non ha soltanto bisogno di infermieri ma necessita di infermieri qualificati, capaci di porsi a garanzia, per supportare, promuovere ed essere proattivi nei confronti tanto della persona assistita quanto degli altri professionisti. Tale approccio permetterà l'utilizzo consapevole e ragionato, sotto la guida del professionista infermiere, di strumenti avanzati quali l'intelligenza artificiale e la digitalizzazione, nell'ottica dell'esito finale per l'assistito e non come mera tecnica.

È necessario assicurare l'introduzione dei nuovi processi, mediati e supportati da tecnologie digitali, in maniera ordinata all'interno dei sistemi organizzativi esistenti. Si deve agire nell'adeguamento delle normative di riferimento, puntando su nuovi profili di competenze e di responsabilità dei professionisti in possesso di *digital skills* e digital *e-health skills* adeguate grazie a specifici percorsi di formazione continua.

Attorno alle professioni infermieristiche, indissolubilmente legate ai concetti di relazione, presa in carico e comunicazione, deve ruotare l'assistenza digitale poiché la tecnologia aggiunge valore soltanto se la relazione di aiuto e la presa in carico del paziente restano in capo alle persone. Solo così si avranno servizi più sostenibili e capaci di rilevare bisogni di salute ancora inascoltati. Con massima qualità e uguale sicurezza.

Beatrice Mazzoleni
Segretario Federazione Nazionale degli
Ordini delle Professioni Infermieristiche

Indice

I

QUALITÀ E SICUREZZA – Una panoramica

■ **Capitolo 1 Impegnarsi per la qualità e la sicurezza** 3

Cambiare mentalità per migliorare l'assistenza sanitaria

di Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

L'impellente questione della qualità e della sicurezza 6
Un approccio sistemico per migliorare i risultati della qualità e della sicurezza: strutture ad alta affidabilità 23
Sintesi del capitolo 32
Bibliografia 32
Risorse 36

■ **Capitolo 2 Strategie politiche di promozione delle iniziative nazionali per la qualità e la sicurezza** 37

di Mary Jean Schumann, DNP, MBA, RN, CPNP, FAAN

Politiche per la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria 37
Il panorama degli *stakeholders* ufficiali nel dialogo continuo sulla qualità 39
L'*Affordable Care Act* è il frutto di impegni condivisi 39
Il futuro è in una strategia nazionale per la qualità 45
Lo slancio verso la qualità 47
National Quality Forum: un modello strategico 47
Partnership nell'applicazione di indicatori per stimolarne la selezione 49
Database nazionale degli indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica: raccolta dei dati 49
Institute for Healthcare Improvement (IHI) Focused on System Improvement (Istituto per il miglioramento dell'assistenza sanitaria mediante l'ottimizzazione del sistema) 51
Ruolo dell'informatica, della documentazione sanitaria elettronica e impatto della tecnologia sulla qualità e le politiche sanitarie 52
National Priorities Partnership e implementazione della National Quality Strategy 54
Mediante l'ottica professionale la cooperazione per la qualità influenza le azioni politiche 56
L'impegno delle agenzie federali con le associazioni 63
Definizione di standard da parte di agenzie non federali 64
Gli sforzi per la riforma sanitaria confluiti negli Stand for Quality in Health Care 66

 ISBN 978-88-08-68005-1

Strategie comuni trasversali alle iniziative ufficiali 68
Sfide che tutti i fronti d'impegno collettivo affrontano per migliorare la qualità dell'assistenza 69
Cosa può fare ogni infermiere per influenzare le politiche di miglioramento della qualità? 71
Riflessione conclusiva 73
Bibliografia 74
Risorse 75

Capitolo 3 Un'iniziativa nazionale 77
La formazione degli infermieri sulla qualità e la sicurezza
di Linda R. Cronenwett, PhD, RN, FAAN e Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN
Origini del corso QSEN: 2000-2005 79
Formare la volontà: fase I (ottobre 2005-marzo 2007) 83
Generare e condividere idee: fase II (aprile 2007-ottobre 2008) 86
Integrare nuove competenze: fase III (novembre 2008-novembre 2011 [UNC]; febbraio 2009-febbraio 2012 [AACN]) 90
QSEN e oltre 93
QSEN: 2012-2017 94
Bibliografia 96

II

COMPETENZE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ E LA SICUREZZA

Capitolo 4 Assistenza centrata sulla persona 101
di Mary K. Walton, MSN, MBE, RN e Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN
Definizioni 103
Concetti chiave 106
Background: cosa si aspettano gli assistiti e le loro famiglie? 108
Standard e regolamenti nazionali 110
Insegnare le competenze 114
Riflessione conclusiva 132
Bibliografia 133
Risorse 138

Capitolo 5 Lavoro di squadra e integrazione interdisciplinare 139
di Joanne Disch, PhD, RN, FAAN
Lavoro di squadra 141
Integrazione 142
Collaborazione infermiere-medico 144
I benefici dell'integrazione 146
Comunicazione 147
Supporto reciproco 148
Fattori che compromettono l'efficacia delle prestazioni del team 149
Soluzione dei conflitti 151
Creare dei team esperti 153
La formazione di gruppo 155

L'assistito/famiglia come componente del team 160
Le competenze QSEN nel lavoro e nella collaborazione di gruppo 161
Progressività dei contenuti 162
Formazione interprofessionale 163
Chi insegna a fare formazione interprofessionale? 165
Formazione interprofessionale e pratica integrata 166
La Interprofessional Education Collaborative 167
Strategie per apprendere il lavoro di squadra e l'integrazione interdisciplinare 169
Riflessione conclusiva 174
Bibliografia 174
Risorse 179

■ **Capitolo 6 Il miglioramento della qualità** 181
di Jean Johnson, PhD, RN, FAAN

Background del miglioramento della qualità 181
Valutare la qualità dell'assistenza infermieristica 190
Il processo di miglioramento della qualità 198
Insegnare il miglioramento della qualità 206
Collegare formazione e pratica clinica 208
Riflessione conclusiva 209
Bibliografia 210
Risorse 214

■ **Capitolo 7 *Evidence-based practice* – EBP** 217
di Mary Fran Tracy, PhD, RN, APRN, CNS, FAAN e Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN

Definizione e descrizione dell'EBP 220
Prove a sostegno dell'EBP 238
Strategie di insegnamento dell'EBP 242
Strategie didattiche 245
Simulazioni o strategie per il laboratorio delle abilità 247
Strategie cliniche 248
Strategie didattiche per il personale clinico 250
Ampliare l'orizzonte dell'EBP 251
Riflessione conclusiva 253
Bibliografia 253
Risorse 258

■ **Capitolo 8 Sicurezza** 265
di Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN

Un mandato nazionale 266
Categorie di errori 267
Cultura della sicurezza 269
Ciò che studenti e clinici devono sapere riguardo alla sicurezza 273
Esigere la sicurezza in tutti i contesti operativi 274
Sistemi di segnalazione degli errori volontaria versus obbligatoria 285
Seconda vittima 288
Integrare una cultura della sicurezza nel piano di studi e nella formazione continua dei professionisti sanitari 289

 ISBN 978-88-08-68005-1

Riflessione conclusiva 294
Bibliografia 294
Risorse 299

■ **Capitolo 9 Le risorse informatiche** 301
di Thomas R. Clancy, MBA, PhD, RN, FAAN e Judith J. Warren, PhD, RN, BC, FAAN, FACMI

Sviluppo delle competenze informatiche nel progetto QSEN 304
Strategie formative per l'insegnamento dell'informatica 307
Strategie per la strutturazione di un piano di studi di informatica 326
Implicazioni per la pratica infermieristica 329
Tendenze emergenti dell'informatica e implicazioni per gli infermieri formatori 332
Sintesi del capitolo 337
Bibliografia 340
Risorse 343

III

STRATEGIE PER CREARE UNA CULTURA DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA

■ **Capitolo 10 Cambiare la formazione per cambiare la pratica** 347
Integrare la qualità e la sicurezza in attività d'aula incentrate sull'oggetto di studio, usando casi clinici dinamici
di Lisa Day, PhD, RN, CNE e Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

QSEN: integrare le competenze in qualità e sicurezza nell'infermieristica 349
Il coaching situazionale per promuovere l'uso interattivo del sapere 354
Integrare concezioni innovative nell'aula di infermieristica 359
Un metodo per elaborare un caso clinico dinamico 369
Pratica riflessiva e strategie di indagine per il coaching situazionale 375
Sintesi del capitolo 379
Bibliografia 380
Risorse 383

■ **Capitolo 11 Lo strumento della pedagogia narrativa per promuovere la qualità e la sicurezza** 387
di Pamela M. Ironside, PhD, RN, FAAN, ANEF, Elizabeth Cerbie Brown, MSN, RN e Amy Hagedorn Wonder, PhD, RN

Insegnare la pratica infermieristica 388
Pedagogia narrativa 389
Sessioni di interpretazione 393
Pedagogia narrativa e formazione infermieristica su qualità e sicurezza 401
Sintesi del capitolo 404
Bibliografia 404

■ **Capitolo 12 Integrare nelle esperienze simulate le competenze su qualità e sicurezza** 407
di Kathryn R. Alden, EdD, MSN, RN, IBCLC e Carol F. Durham, EdD, RN, ANEF, FAAN

Panoramica sull'apprendimento mediante simulazione 409
Applicazione della simulazione nella formazione infermieristica 411
Competenze QSEN e simulazione 413
Sintesi del capitolo 432
Bibliografia 432
Risorse 437

■ **Capitolo 13 Formazione sulla qualità e la sicurezza nei contesti di apprendimento clinico** 441
di Lisa Day, PhD, RN, CNE e Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

Teoria dell'apprendimento sociale e apprendimento sul luogo di lavoro 444
Apprendere la pratica infermieristica 447
Mandati (obiettivi) di apprendimento clinico per promuovere la qualità e la sicurezza 449
Valutare l'apprendimento degli studenti: competenze QSEN e valutazione della performance individuale 455
Coniugare l'apprendimento in ambito accademico e in ambito clinico 457
Pratica riflessiva: i riscontri dell'apprendimento clinico 458
Sintesi del capitolo 459
Bibliografia 460
Risorse 462

■ **Capitolo 14 Approcci interprofessionali nella formazione sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria** 465
di Mary A. Dolansky, PhD, RN, FAAN, Ellen Luebbers, MD, Mamta K. Singh, MD, MS e Shirley M. Moore, PhD, RN, FAAN

Esempi di programmi nazionali di formazione interprofessionale sulla qualità e la sicurezza 480
Sintesi del capitolo 484
Bibliografia 485
Risorse 488

■ **Capitolo 15 Migliorare la qualità e la sicurezza con percorsi di transizione verso la pratica professionale** 491
di Nancy Spector, PhD, RN, FAAN, Beth T. Ulrich, EdD, RN, FACHE, FAAN e Jane Barnsteiner, PhD, RN, FAAN

Percorsi di TTP: definizione e diffusione 492
Evidenze che collegano i TTP alla qualità e alla sicurezza 494
Percorsi di TTP standardizzati 505
Principali risultati dello studio 509
Implicazioni per i docenti e gli infermieri strutturati 513
Sintesi del capitolo 517
Bibliografia 517

 ISBN 978-88-08-68005-1

■ **Capitolo 16 Leadership per il cambiamento** 523
di Joanne Disch, PhD, RN, FAAN

L'evoluzione della leadership 524
La relazione tra leadership e sicurezza 526
Creare una cultura della sicurezza 527
Il ruolo degli infermieri nella qualità e nella sicurezza 529
Creare e sostenere il cambiamento 531
Strategie di realizzazione del cambiamento per la formazione e la pratica infermieristiche 539
Sintesi del capitolo 541
Bibliografia 541
Risorse 543

■ **Capitolo 17 Prospettive globali su qualità e sicurezza** 545
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

Qualità e sicurezza: una prospettiva globale 547
La formazione come mezzo per migliorare la qualità e la sicurezza 549
Preparare un gruppo di lavoro dedicato alla qualità e alla sicurezza 556
Le risorse disponibili a livello globale 558
Sintesi del capitolo 562
Bibliografia 563
Risorse 566

APPENDICI

■ **Appendice A Competenze preabilitazione** 571

■ **Appendice B Formazione degli infermieri sulla qualità e la sicurezza** 579
Competenze degli infermieri laureati/di pratica avanzata

■ **Appendice C Formazione degli infermieri sulla qualità e la sicurezza** 589
Risultati di uno studio Delphi a livello nazionale sui KSA per livello di formazione

Glossario 605
Indice analitico 637

I

Qualità e sicurezza

Una panoramica

CAPITOLO 1

Impegnarsi per la qualità e la sicurezza

Cambiare mentalità per migliorare l'assistenza sanitaria

Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN, ANEF

Julia chiuse l'ombrello e guardò la sala d'attesa sovraffollata del Pronto Soccorso (PS), nel quale da 5 anni lavorava nei fine settimana. Era estate e vi era carenza di personale anche per una domenica sera di agosto; alcuni colleghi erano in ferie e uno aveva avvisato all'ultimo momento di essere malato. L'area era allagata a causa di un violento temporale e c'era un blackout. L'ospedale stava utilizzando i gruppi elettrogeni, il che significava che l'accesso al sistema informatico di gestione delle cartelle cliniche elettroniche era rallentato a causa del sovraccarico. Disponendo di poco tempo, il personale operava senza seguire alla lettera le procedure operative.

Julia pensava a queste criticità e si ricordò dei seminari che aveva seguito recentemente sul miglioramento della qualità. Questi erano incentrati sull'identificazione dei problemi e sull'utilizzo di strumenti per migliorare la qualità, raccogliere dati sui problemi, analizzare i risultati e progettare soluzioni per colmare la disparità tra la pratica reale e quella attesa.

Julia notò che in sala d'attesa c'era la signora Masraf, affetta da diabete mellito di tipo 2 e lesioni ulcerative alle estremità degli arti inferiori che guarivano con difficoltà. Poiché l'infezione era una minaccia costante, la signora si era rivolta al Pronto Soccorso in più occasioni. Sentendo un schianto, Julia si girò e vide che una delle infermiere ausiliarie era scivolata e caduta in un punto dove si era raccolta l'acqua sgocciolata dagli ombrelli. Nel Pronto Soccorso le persone che vi accedono per traumi da caduta sono numerose per via della tipologia di popolazione che si rivolge al servizio: le persone assistite possono essere instabili a causa della loro malattia o per effetto dell'alcol o di droghe. Julia si chiese se non era il caso di iniziare uno studio sul miglioramento della qualità per uno qualsiasi dei diversi problemi irrisolti, che rilevava ogni volta che entrava in servizio. Altri componenti dello staff sanitario sembravano dare per scontato che tutto questo facesse parte del normale funzionamento di un servizio di Pronto Soccorso.

Nel 1999, l'Institute of Medicine (IOM), un'organizzazione non profit sponsorizzata dalla statunitense National Academy of Sciences, redasse il rapporto dal titolo *To Err is Human* (Errare è umano, 2000), nel quale stimava che ogni anno vi erano da 44.000 a 98.000 decessi di origine iatrogena. Nel 2016, Makary e Daniel ritenevano tali dati sottostimati e non aggiornati. Secondo la loro proiezione, i decessi causati da errori medici erano molto probabilmente più di 250.000, costituendo così la terza causa di morte negli Stati Uniti.

 ISBN 978-88-08-68005-1

Da quando i rapporti IOM si sono focalizzati sugli aspetti della qualità e della sicurezza nell'assistenza sanitaria, i provvedimenti attivati hanno incluso cambiamenti normativi, la definizione di nuovi ruoli e responsabilità per i professionisti sanitari, nonché la richiesta da più parti di un nuovo modello formativo. Tuttavia, le carenze nella sicurezza dell'assistenza sanitaria restano tuttora una grave minaccia (Balik e Dopkiss, 2010; Cronenwett, 2012; Leape e Berwick, 2005; Wachter, 2004; Wachter, 2010).

L'iniziale rapporto del 1999 costituiva la prima evidenza della discrepanza tra lo stato dell'assistenza sanitaria erogata e la qualità dell'assistenza sanitaria che, secondo gli esperti IOM, i cittadini statunitensi hanno diritto di ricevere. Numerosi rapporti sono stati forieri di percorsi di miglioramento del sistema di assistenza sanitaria. Il rapporto IOM del 2001, *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century* (Superare le disparità della qualità: un nuovo sistema sanitario per il XXI secolo), ha pubblicato raccomandazioni per ottenere cambiamenti radicali dei nostri sistemi sanitari[1]. A esso è seguito il rapporto del 2003, *Health Professions Education: A Bridge to Quality* (Formazione per le professioni sanitarie: un ponte verso la qualità), che chiedeva di ridefinire totalmente la formazione delle professioni sanitarie per il raggiungimento di un nucleo di 6 competenze essenziali per migliorare l'assistenza sanitaria del XXI secolo:

- assistenza centrata sulla persona;
- lavoro di squadra e collaborazione intra- e interprofessionale;
- *evidence-based practice*[2];

1. Gli Stati Uniti sono una nazione federale costituita da 50 Stati, ognuno dei quali ha un proprio sistema sanitario, con caratteristiche organizzative e risorse strutturali ed economiche diverse, nonché standard di riferimento per la pratica e normative locali altrettanto diversi. Il risultato è una grande disomogeneità nell'accesso alle cure per i cittadini (molti dei quali sono privi di un'assicurazione sanitaria che consenta loro di curarsi adeguatamente) e una grande disparità di trattamento terapeutico, che varia a seconda delle risorse economiche di ogni persona/famiglia e di quelle di ciascuno Stato. L'effetto di tale disparità si traduce in risultati di salute differenti, per cui chi ha maggiori possibilità economiche può mantenere uno stato di salute migliore di chi ha risorse economiche scarse o addirittura inesistenti. Questa considerazione deve far riflettere sul contesto sanitario italiano, nel quale esistono 20 Servizi Sanitari Regionali, nei quali sussistono norme, risorse economiche e strutture sanitarie anche molto diverse, che non consentono ai cittadini italiani di poter fruire di prestazioni sanitarie omogenee su tutto il territorio nazionale (nonostante l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA), situazione che innesca da decenni una cospicua migrazione sanitaria non solo da Sud a Nord, ma anche dall'Italia verso altri Paesi, per poter fruire di prestazioni sanitarie più adeguate o a minor costo (per esempio, le cure dentarie). Negli ultimi anni, inoltre, la crisi economica e il sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno anche indotto milioni di cittadini italiani a rinunciare a curarsi, per mancanza di risorse economiche. Il risultato di questo trend è un peggioramento complessivo della condizione di salute della popolazione italiana, specie di quella con i più bassi livelli di istruzione (cui corrisponde spesso anche un minore reddito) e residente nelle regioni del Sud e nelle isole, per la quale si è ridotta significativamente la speranza di vita rispetto alle regioni del Nord e alla media nazionale. Dati ISTAT 2023, https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/. (*N.d.C.*).
2. Si è scelto di mantenere alcune espressioni nella lingua originale perché entrate ormai da tempo anche nel linguaggio tecnico-scientifico italiano. L'espressione *evidence-based practice* (EBP) può essere tradotta nella nostra lingua come "pratica professionale basata su prove di efficacia", intendendo le basi della migliore pratica clinico-assistenziale riguardante una determinata azione/prestazione sanitaria,

- miglioramento della qualità;
- sicurezza;
- uso dell'informatica.

L'attenzione che i rapporti IOM degli ultimi 15 anni hanno dedicato alla qualità e alla sicurezza dimostra che queste sono attualmente le problematiche principali dell'assistenza sanitaria, dato che contribuiscono a produrre costi elevati e risultati mediocri.

Negli Stati Uniti, l'attuale riforma sanitaria si basa sul miglioramento della qualità degli esiti[3]; gli errori nell'assistenza sanitaria costano al sistema da 17 a 19 miliardi di dollari all'anno e hanno per gli assistiti e le loro famiglie costi non solo economici, ma anche emotivi e fisici.

I professionisti sanitari che operano in sistemi "difettosi" e dispongono di risorse inadeguate sperimentano insoddisfazione e un morale basso. Per tutti vi è un'erosione della fiducia, a motivo delle insidie vissute nel proprio lavoro.

La formazione dei professionisti sanitari continua a subire trasformazioni per includere una preparazione in termini di conoscenze, capacità e atteggiamenti[4] necessari per migliorare i nostri sistemi di assistenza (Batalden, Leach e Ogrinc, 2009; Cronenwett et al., 2007).

Nel 2011, rappresentanti delle principali professioni sanitarie lavorarono insieme per pervenire a un consenso su quattro domini di competenza interprofessionale, trasversali alle competenze specifiche di ogni figura, per migliorare la qualità e la sicurezza:

generalmente supportata da studi clinici di efficacia o da una o più revisioni sistematiche della letteratura. Per esigenze di sintesi e di omogeneità di linguaggio con altre fonti bibliografiche italiane, si continuerà pertanto a utilizzare l'espressione *evidence-based* laddove ritenuta opportuna. Per approfondire questi aspetti, si consiglia il testo: Chiari P. et al., *Evidence-Based Clinical Practice. La pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia*, McGraw-Hill, 2011 (*N.d.C.*).

3. Il termine usato nel testo originale è *outcome*, impiegato da molto tempo anche in Italia per indicare gli esiti di salute. Nel linguaggio della teoria generale dei sistemi applicata all'ambito sanitario, si utilizzano il termine *output* per indicare il servizio erogato dal sistema, ovvero le prestazioni sanitarie, e il termine *outcome* per indicare il risultato di salute (esito) che quelle prestazioni hanno prodotto a beneficio dell'assistito, o eventualmente a suo danno nel caso di complicanze prevedibili e non prevenute (le complicanze imprevedibili rientrano in quel margine di probabilità di esiti negativi derivanti dal fatto che la medicina non è una scienza esatta, perché non può prevedere sempre l'esito delle azioni messe in atto). Si parla quindi di *outcomes* (esiti) *positivi* per indicare il miglioramento dello stato di salute e di *outcomes* (esiti) *negativi* per indicare ciò che non è andato secondo le previsioni o gli auspici. Purtroppo, può accadere che gli esiti negativi annullino o riducano gli esiti positivi comunque prodotti dai trattamenti terapeutici messi in atto, anche a causa della risposta individuale, che per natura ed entità si differenzia da persona a persona; pertanto, può accadere che due persone con lo stesso tipo di malattia e lo stesso trattamento abbiano esiti diversi a motivo della diversa risposta dell'organismo e della sfera psicoemotiva alla malattia e alle conseguenze del trattamento (*N.d.C.*).

4. Nel contesto italiano si parla di "sapere, saper fare, saper essere e saper divenire", per indicare le capacità cognitive, tecnico-operative, relazionali ed evolutive. Ogni professionista sanitario deve infatti essere consapevole che il bagaglio di competenze acquisite nella formazione universitaria di base e post-base non è sufficiente a poter gestire efficacemente e autorevolmente la propria pratica professionale, ma è necessario un aggiornamento incessante e duraturo per tutto il periodo di attività professionale, mediante un'attività permanente di apprendimento e autoapprendimento (*long-life learning*) (*N.d.C.*).

 ISBN 978-88-08-68005-1

ruoli e responsabilità, lavoro di squadra, comunicazione, etica e valori (Interprofessional Education Collaborative – IPEC, 2011)[5].

Le stesse domande poste 15 anni fa esigono tuttora delle soluzioni. Quali sono i problemi nella riprogettazione del nostro sistema di assistenza sanitaria? In che modo prepariamo i professionisti sanitari affinché apprendano ciò che devono sapere e fare? Come possono le organizzazioni sanitarie sviluppare una cultura della qualità e della sicurezza? Questo capitolo esamina l'impatto degli sforzi per promuovere i cambiamenti necessari, l'applicazione della scienza della qualità e della sicurezza per ridefinire le culture organizzative, al fine di migliorare questi due aspetti e offrire uno sguardo nuovo su come essi ridefiniscano il fabbisogno formativo degli infermieri. In una cultura della sicurezza, il paradigma si sposta dalle prestazioni individuali alle iniziative del sistema, e si modifica per monitorare i risultati dell'assistenza e considerare l'assistito come un partner a tutti gli effetti nel processo assistenziale.

L'impellente questione della qualità e della sicurezza

Quando i primi, iniziali risultati contenuti nella serie di rapporti IOM *Disparità della qualità* furono resi pubblici, ebbero un potente impatto nell'intero settore sanitario e catturarono l'attenzione dei consumatori (box 1.1). I dati di prova riportati in questi

5. Analogamente e precedentemente a quanto è avvenuto negli Stati Uniti nell'ultimo ventennio, in Europa è stato avviato da circa 30 anni un processo di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore, promosso dall'Unione Europea. Il processo ha avuto origine a Bologna nel 1988 con la promulgazione, da parte di 660 atenei di 78 Paesi, della *Magna Charta Universitatum*, che ha definito i principi e l'autonomia universitaria. A tale incontro ne sono seguiti altri: in quello tenutosi nuovamente a Bologna nel 1999, è stata sottoscritta la *Dichiarazione di Bologna*, con la quale è stato deciso di costituire uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore (*European Higher Education Area*), diretto a favorire la trasparenza internazionale dei titoli, il riconoscimento internazionale dei titoli accademici e la mobilità internazionale degli studenti durante e dopo gli studi universitari, anche ai fini occupazionali. Il processo iniziato a Bologna è proseguito negli anni successivi, con incontri diretti a migliorare la qualità della formazione superiore, mediante la definizione di una serie di criteri e di standard. Fra questi sono stati specificati alcuni risultati di apprendimento – detti "descrittori di Dublino", dalla città in cui sono stati stipulati fra il 2002 e il 2004 – consistenti in definizioni di carattere generale concernenti l'apprendimento e le capacità trasversali attesi al termine di ogni ciclo di studi (laurea triennale, laurea magistrale, master di I e II livello, ecc.), da declinare nello specifico di ogni ordinamento didattico:
   - conoscenza e capacità di comprensione (*knowledge and understanding*);
   - capacità di applicare conoscenza e comprensione (*applying knowledge and understanding*);
   - autonomia di giudizio (*making judgements*);
   - abilità comunicative (*communication skills*);
   - capacità di apprendere (*learning skills*).

   Queste competenze sono state fatte proprie anche dai corsi di laurea delle professioni sanitarie, che le hanno declinate negli specifici ordinamenti didattici di ogni tipologia di percorso formativo. Questo approccio ha permesso a molti atenei italiani di formare figure professionali sanitarie (soprattutto infermieri e medici) con competenze omogenee a quelle dei professionisti di altri Paesi europei, che consentono loro di lavorare liberamente e autorevolmente in qualunque Paese dell'Unione Europea. Per approfondimenti, si può vedere l'interessante lavoro della Fondazione CRUI, *Le competenze trasversali per l'higher education*, http://www2.crui.it/crui/quaderno_osservatorio_1.pdf (consult. 27/03/2019) (*N.d.C.*).

documenti riconoscevano l'assoluta necessità di cambiare mentalità, rendendo la qualità e la sicurezza parti integranti del lavoro quotidiano degli infermieri e degli altri professionisti sanitari. Precedentemente alla pubblicazione del primo rapporto, nel 1999, tali questioni erano avvolte nel silenzio; in assenza di un sistema di segnalazione [degli eventi avversi e degli altri indicatori del livello di qualità e sicurezza; *N.d.C.*], non esisteva una base di prova per stabilire la portata o la profondità delle criticità del sistema che contribuivano a rendere mediocri qualità e sicurezza. Non vi era un sistema nazionale di tracciatura degli eventi avversi e dei problemi di sicurezza riscontrati nei diversi contesti sanitari; al contrario, vi era una scarsa pressione da parte delle autorità di controllo, dei consumatori[6] o degli enti terzi [compagnie assicurative; *N.d.C.*] nel chiedere un miglioramento dei risultati in termini di qualità e di sicurezza. E, senza enfasi culturale, vi era scarsa trasparenza o assunzione di responsabilità nel condividere le informazioni con gli assistiti che avevano subito un danno iatrogeno e i loro familiari.

Il rapporto IOM del 2001, *Bridging the Quality Chasm* (Superare le disparità della qualità), identificò il modello STEEEP[7] per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria. Tale modello delinea gli indicatori di performance per garantire che l'assistenza sia sicura, tempestiva, efficace, efficiente, equa e centrata sulla persona assistita. Questi obiettivi forniscono gli indicatori di qualità e di responsabilità che continuano a sfuggire nell'assistenza sanitaria. Sebbene gli Stati Uniti spendano per l'assistenza sanitaria più di qualunque altro Paese, il sistema mostra limiti considerevoli, soprattutto in termini di efficienza, qualità, accesso alle cure, sicurezza e convenienza economica (Davis, Schoen e Stremikis, 2010). La frammentazione e il decentramento del sistema sanitario sono un ostacolo alla qualità e alla sicurezza; per esempio, gli assistiti possono consultare più professionisti che potrebbero non essere in grado di fornire loro informazioni essenziali che

6. In questo passaggio e in altri, lungo il testo, le autrici usano il termine "consumatore/i" per indicare il/i fruitore/i di prestazioni sanitarie. Il particolare non è di poco conto: se nell'ambito della salute si parla di consumatori, quale categoria di persone che si avvale di prestazioni sanitarie, ciò può significare che l'assistenza sanitaria è considerata come un bene di consumo come molti altri, fruibile a livelli più o meno elevati in base alla disponibilità economica di ciascuno. Non a caso, il sistema sanitario americano è strettamente interconnesso con il settore assicurativo, nel cui contesto la variabile principale è l'entità del premio assicurativo che ogni persona paga per poter ricevere cure e assistenza in caso di necessità.
   Ma se la salute (e l'assistenza sanitaria che a essa è finalizzata) è concepita dallo Stato come un *diritto individuale*, ciò significa che esso deve essere garantito a chiunque, indipendentemente dalla sua condizione economica, sociale, culturale, ecc. Nella Costituzione Italiana questo principio è sancito a chiare lettere nell'art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. […]".
   È da questo principio che traggono origine l'esistenza e l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e di tutte le sue articolazioni, regionali e locali, che per molti aspetti, nonostante le possibili lacune, rappresentano un sistema assai più evoluto di quello statunitense, perché non ammette alcun tipo di discriminazione fra soggetti sulla base della disponibilità economica e assicura a tutti i cittadini pari dignità e trattamento. A livello europeo sussistono principi del tutto analoghi, sebbene siano declinati con modalità diverse nei Paesi dell'Unione Europea (*N.d.C.*).
7. STEEEP è l'acronimo che sta per *safe, timely, effective, equitable, efficient, patient-centered*. Il concetto sarà ripreso più avanti nel testo (*N.d.C.*).

 ISBN 978-88-08-68005-1

li riguardano perché privi di risorse tecnologiche oppure perché hanno un sentimento di possesso che li induce a precludere la condivisione e la consultazione. Sebbene la maggior parte dei dati relativi ai problemi della qualità e della sicurezza provenga da strutture sanitarie per pazienti acuti, gli errori possono verificarsi anche negli studi medici, nelle strutture ambulatoriali, nelle residenze per anziani, al domicilio degli assistiti, e così via.

Il box 1.1 presenta un elenco dei rapporti con le rispettive raccomandazioni.

Box 1.1 Sintesi: i rapporti *Disparità della qualità* dell'Institute of Medicine (https://www.iom.edu)

***To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errare è umano: costruire un sistema sanitario più sicuro, 2000)**

Questo primo rapporto IOM presentava i primi dati aggregati sulla vastità e l'entità dei problemi di qualità e sicurezza negli ospedali degli Stati Uniti. L'analisi dei risultati provenienti dagli ospedali del Colorado e dello Utah concluse che ogni anno morivano 44.000 persone in seguito a errori medici e che negli ospedali di New York il numero arrivava a 98.000 decessi. Anche considerando il valore più basso, ogni anno muoiono tuttora più persone per errori medici che per incidenti d'auto, tumore alla mammella o AIDS. Gli errori medici sono la principale causa di morte imprevista nei contesti in cui si eroga assistenza sanitaria. La comunicazione è la causa ultima del 65% degli eventi sentinella[8]. Il rapporto presentava una strategia per ridurre gli errori medici prevenibili del 50% in 5 anni.

***Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Superare le disparità della qualità: un nuovo sistema sanitario per il XXI secolo, 2001)**

In questo documento, lo IOM formulava una richiesta di riforma radicale del sistema sanitario statunitense. Un insieme di aspettative riguardo all'assistenza sanitaria del XXI secolo mirava a garantire che l'assistenza alla persona fosse erogata secondo il modello STEEEP. Questi obiettivi rappresentano tuttora gli indicatori di qualità per adeguare gli incentivi per i compensi e la responsabilità in base ai miglioramenti della qualità. Il rapporto comprendeva le cause delle disparità della qualità e gli ostacoli al miglioramento dell'assistenza e l'analisi delle organizzazioni sanitarie come sistemi complessi, con raccomandazioni su come gli approcci sistemici possono favorire l'attuazione del cambiamento.

8. Il concetto di evento sentinella è fondamentale nell'ottica della qualità e della sicurezza, essendo utile per la riduzione del rischio clinico: fa riferimento a un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo a un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione" (Osservatorio Nazionale degli Eventi Sentinella, Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, luglio 2009, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf).
Il verificarsi di un evento sentinella innesca dunque un processo finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria riguardo alla specifica situazione, in modo da eliminare o ridurre la probabilità che si verifichi nuovamente lo stesso tipo di evento. La segnalazione di un evento sentinella viene fatta all'osservatorio suddetto, attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che utilizza una piattaforma informatica dedicata (si veda la pagina web del Ministero della Salute, https://www.salute.gov.it/new/it/sezione/monitoraggio-errori-sanita-simes/#body) (*N.d.C.*).

II

Competenze per migliorare la qualità e la sicurezza

CAPITOLO 5
Lavoro di squadra e integrazione[1] interdisciplinare

Joanne Disch, PhD, RN, FAAN

Lavoravano insieme da 4 anni, lei come infermiera del turno di notte e lui come assistente medico[2] di terapia intensiva. Entrambi avevano imparato a fare affidamento sulle rispettive capacità e competenze e godevano di una relazione professionale gratificante; ma non era

1. L'autrice del capitolo usa ovunque il termine "collaborazione" per descrivere come, auspicabilmente, dovrebbero essere le interazioni fra le diverse professioni sanitarie nella quotidiana pratica professionale, e fa riferimento alle molteplici iniziative e proposte di vari organismi ed enti formativi per promuovere una pratica *collaborativa* in ogni contesto operativo. Nella lingua italiana, il significato del verbo "collaborare" è "lavorare con", ovvero "partecipare attivamente insieme con altri a un lavoro per lo più intellettuale" (Treccani online, 2024). Nel contesto sanitario italiano ed europeo, il concetto di "collaborazione interdisciplinare/interprofessionale" si sta evolvendo sempre più convintamente verso quello di "integrazione professionale generativa" (integrazione intra- e interprofessionale), modalità di lavoro tra professionisti che insieme *generano* ciò che prima non esisteva e non poteva esistere proprio per mancanza di integrazione (Sasso, 2005).
   In altre parole, mentre nella collaborazione le persone che interagiscono restano tendenzialmente ognuna nel proprio ambito disciplinare e professionale, nell'integrazione si verifica una sorta di "osmosi" del pensiero e dei punti di vista, in modo che, alla fine, ciò che ne scaturisce è un approccio omogeneo che costituisce la risultante del contributo di tutti, senza però che si perdano i confini della responsabilità di ognuno rispetto all'esito finale: il medico specialista resta tale e non fa il fisioterapista, l'infermiere resta tale e non fa il chirurgo, il logopedista resta tale e non fa lo psicologo, ecc.
   Questo approccio si realizza spostando il focus dell'attenzione dalla prospettiva di ogni singolo professionista alla persona assistita, la cui condizione di salute è sintetizzata in una visione che *integra* le diverse ottiche professionali in saperi comuni, funzionali a condividere e perseguire i medesimi risultati, per ottenere i quali ogni componente del team assume decisioni e agisce in sinergia con gli altri, ferma restando la specificità del proprio ambito di competenza e responsabilità. Solo in questo modo è possibile ottenere realmente il miglior risultato di salute compatibile con la condizione clinica, la prognosi a essa connessa e la condizione psicoemotiva, socioaffettiva e culturale della persona assistita. E in effetti, quanto sostiene l'autrice, le numerose iniziative che descrive e il risultato a cui tende l'intero capitolo fanno pensare più al concetto di integrazione che non a quello di collaborazione. Per questa ragione, da qui in avanti, laddove lo si riterrà più opportuno e semanticamente efficace, si utilizzerà il termine "integrazione" anziché quello di "collaborazione". Per approfondire il concetto di integrazione, è consigliabile consultare il testo: Sasso L., *L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri*, McGraw-Hill, 2005. Sebbene il testo sia datato, la descrizione e l'argomentazione del concetto di integrazione mantengono intatte la loro attualità e fecondità (*N.d.C.*).
2. Negli Stati Uniti e in Canada, la figura sanitaria dell'"assistente medico" (denominato "medico associato"

 ISBN 978-88-08-68005-1

sempre stato così. Quando lui aveva iniziato il suo tirocinio in reparto come specializzando del terzo anno, aveva modi bruschi e sprezzanti e lo si sentiva denigrare il personale infermieristico di reparto: "Se vuoi che qualcosa venga fatto nel modo giusto, devi fartelo da solo"; oppure: "Il loro lavoro è obbedire agli ordini". Le tensioni erano cresciute a tal punto che il personale infermieristico era riluttante a sottoporgli i problemi, già prevedendo la sua risposta: "Non sai nulla dell'assistenza dei malati critici?". D'altra parte, gli infermieri non erano esenti da responsabilità: omettevano informazioni cruciali e fingevano di essere impegnati quando lui chiedeva il loro aiuto per un caso difficile.

Chiaramente, bisognava fare qualcosa. Dopo una notte particolarmente impegnativa, l'infermiera di turno gli aveva chiesto se potevano parlare. "Il tuo turno è stato davvero difficile, molto impegnativo" esordì. "Riconosco che ce la metti tutta per aiutare questi malati. Lo stesso vale per gli infermieri. Come posso esserti utile?" Dopo aver ricevuto una prima risposta aggressiva, lei si sedette tranquillamente, mentre lui si calmava e riprendeva: "Sto cercando di fare del mio meglio. Tu sei la prima persona che lo riconosce. Voi infermieri guardate le cose in modo molto diverso da come mi hanno insegnato a fare. A volte non ho idea di quello che state cercando di dirmi".

Lei ci pensò su un attimo e disse: "Allora, se trovassimo un modo per migliorare la comunicazione fra te e noi infermieri, specialmente nello scambio di informazioni su cambiamenti importanti del quadro clinico dei malati, ti sarebbe utile?". Lui risposte: "Sarebbe certamente un inizio".

Nel 1998, l'Institute of Medicine (IOM) ha informato l'opinione pubblica che, a causa di errori medici, si verificavano ogni anno 98.000 decessi. Successivamente, James (2013), usando un metodo più preciso, ha stimato in oltre 400.000 i decessi annui dovuti a danni prevenibili.

I fattori che concorrono a generare questa statistica scioccante sono molteplici, ma tra quelli cui viene sempre più riconosciuta un'importanza cruciale vi sono il livello e la qualità del lavoro di squadra e dell'integrazione tra professionisti sanitari.

Da parecchi anni, i dirigenti del settore sanitario hanno invocato il miglioramento del lavoro di squadra e dell'integrazione interprofessionale. Nel 2001, nelle sue nuove 10 norme ("Ten New Rules") per l'erogazione di un'assistenza sicura ed efficace, lo IOM dichiarava che l'integrazione fra il personale sanitario è essenziale e, più specificamente: "Professionisti sanitari e istituzioni dovrebbero collaborare attivamente e comunicare fra loro per garantire un adeguato scambio di informazioni e il coordinamento dell'assistenza".

Nel 2010, il rapporto *Future of Nursing* dello IOM ribadiva: "Gli infermieri devono essere partner a pieno titolo, insieme con i medici e gli altri professionisti sanitari,

in Gran Bretagna) esercita la professione medica in collaborazione con o sotto la supervisione (indiretta) di un medico abilitato, con modalità che dipendono dalle varie leggi statali. Quando il medico associato ha bisogno di una consulenza o di una supervisione, il contatto e la collaborazione avvengono spesso per via informatica. Negli Stati Uniti, il percorso di formazione di questa figura è in termini di tempo assai inferiore a quello del normale corso di laurea in medicina, dato che segue un modello educativo basato sulla formazione accelerata dei medici avvenuta durante la Seconda guerra mondiale (*N.d.C.*).

nella riprogettazione dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti" (IOM, 2010). Tuttavia, è ormai evidente che nei contesti lavorativi e, allo stesso modo, nei piani di studi dei professionisti sanitari deve essere intenzionalmente applicata una molteplicità di strategie. Questo capitolo approfondisce cosa significa essere competenti nel lavoro di squadra e nell'integrazione interdisciplinare, con particolare enfasi sul lavoro di squadra interprofessionale, e offre suggerimenti per aiutare gli studenti e i professionisti sanitari ad acquisire le conoscenze, le capacità e gli atteggiamenti necessari per operare in tal modo.

Lavoro di squadra

Una squadra (un team) consiste di due o più individui che ricoprono ruoli specifici, svolgono compiti *interdipendenti*, sono adattabili e condividono un obiettivo comune (Salas et al., 1992). Tuttavia, parlare semplicemente di team o di formare un team non sempre genera un lavoro di squadra. Secondo Xyrichis e Ream (2008), il lavoro di squadra è "un processo dinamico che coinvolge *due o più professionisti sanitari con background e capacità complementari*, che condividono obiettivi di salute comuni e compiono uno sforzo fisico e mentale organizzato, per accertare, pianificare o valutare l'assistenza alla persona".

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2014) definisce il lavoro di squadra come "un insieme di **conoscenze,** *capacità e atteggiamenti* (KSA)[3] *interconnessi* che facilitano performance coordinate e adattive, il supporto a ogni membro del team, e il conseguimento degli obiettivi e della *mission*"[4]. Alcuni dei termini ed espressioni della citazione sono stati evidenziati per sottolineare che gli elementi chiave del lavoro di squadra sono l'interdipendenza e l'interrelazione tra persone con background e punti di vista diversi. Eduardo Salas (1997), un famoso esperto nel campo del lavoro di squadra e della formazione, osservava che occorrono modelli mentali condivisi perché i membri possano lavorare insieme sulla base di presupposti comuni, usare strategie decisionali comuni e avere aspettative analoghe verso i ruoli e le responsabilità altrui.

I team sono gruppi di natura funzionale, tramite i quali viene erogata gran parte dell'assistenza sanitaria. Nelson e collaboratori (2002) descrivono i team come un *microsistema*:

> "[…] Piccole unità funzionali di prima linea che forniscono la maggior parte dell'assistenza alla maggioranza delle persone. Sono gli elementi essenziali di organizzazioni più grandi e del sistema sanitario. Sono il contesto in cui si incontrano assistiti ed erogatori di assistenza. La qualità e il valore prodotti da un grande sistema sanitario non possono essere migliori dei servizi generati dai piccoli sistemi che lo compongono."

I termini "multidisciplinare" e "interdisciplinare" sono spesso usati in modo intercambiabile quando sono coinvolte due o più discipline. Tuttavia, nei centri sanitari universitari,

3. Si veda nota 21, capitolo 1 (*N.d.C.*).
4. Si veda nota 19, capitolo 1 (*N.d.C.*).

 ISBN 978-88-08-68005-1

"interdisciplinare" si riferisce spesso a medici di differenti specialità o discipline proprie della professione medica, per esempio cardiologi rispetto a nefrologi. A livello internazionale e in molte parti degli Stati Uniti, si utilizza sempre più spesso il termine "interprofessionale" per enfatizzare l'inclusione di persone di diversa professione[5].

Integrazione, comunicazione e supporto reciproco sono concetti – correlati e sovrapposti – fondamentali per una piena comprensione del lavoro di squadra.

Integrazione

Componente fondamentale di un lavoro di squadra efficace è l'integrazione, ossia il "processo decisionale congiunto tra parti indipendenti, che comporta una responsabilità collettiva sulle decisioni assunte e i risultati prodotti. L'essenza dell'integrazione implica il lavorare al di là dei [meri] confini professionali" (Liedtka e Whitten, 1998). In una certa situazione, le parti portano le rispettive aree di competenza e opinioni diverse, influenzate dall'orientamento professionale, dall'esperienza, dall'età, dal genere, dal livello di istruzione e dalle condizioni socioeconomiche.

L'integrazione può stabilirsi tra due persone, all'interno di un piccolo gruppo o in un'aggregazione più ampia[6]. Le condizioni che la favoriscono comprendono la condivisione degli obiettivi, la comprensione dei ruoli e delle responsabilità altrui, il rispetto reciproco, una comunicazione chiara, la disponibilità ad apprendere e la capacità di cambiare il proprio punto di vista a fronte di nuove informazioni.

Nel 2015, la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) ha condotto un'indagine nazionale sulla collaborazione (*Identifying and Spreading Practices to Enable Effective Interprofessional Collaboration*) e ha definito efficace la collaborazione [integrazione] interdisciplinare che ha le seguenti caratteristiche:

- promuove la partecipazione attiva di ogni disciplina all'assistenza alla persona, in modo che tutte le discipline lavorino insieme e coinvolgano pienamente gli assistiti e chi li aiuta, e la guida del team si adatti ai bisogni dell'assistito;
- valorizza gli obiettivi centrati sulla persona e sulla famiglia e i loro significati, fornisce le procedure per una comunicazione costante tra le figure che erogano assistenza e ottimizza la partecipazione al processo decisionale clinico all'interno delle discipline e tra loro;
- promuove il rispetto per i contributi disciplinari di tutti i professionisti.

5. Nel team multidisciplinare ogni membro utilizza le proprie conoscenze, capacità ed esperienza per raggiungere obiettivi individuali di cura. Al contrario, nell'approccio interdisciplinare si utilizzano contemporaneamente le esperienze e le capacità di tutti i componenti per raggiungere obiettivi condivisi (*N.d.C.*).

6. Infatti si parla di integrazione *intra*professionale e i*nter*professionale per indicare rispettivamente quella che si realizza tra colleghi con ruolo e profilo professionali identici e quella che si realizza tra professionisti con ruolo e figura professionali diversi (*N.d.C.*).

Tale indagine ha pertanto identificato 20 enti sanitari che stavano dimostrando un'integrazione e una pratica interprofessionali esemplari, dopodiché i ricercatori hanno effettuato un sopralluogo in sette di essi, riscontrandovi sei modelli comuni di approccio all'assistenza sanitaria e all'organizzazione:

- *Mettere l'assistito al primo posto*. Sebbene la maggior parte dei professionisti sanitari intenda operare in tal senso, in generale i sistemi sanitari non sono progettati per mantenere sistematicamente questo intento. Chiedersi che cosa è meglio per la persona assistita mantiene l'attenzione su di essa e contribuisce a bilanciare differenze di potere e rapporti di autorità, aiutando gli operatori sanitari ad "armonizzare il proprio ruolo specifico con l'assistenza delle persone e la *mission* dell'ente cui appartengono" (RWJF, 2015).
- *Dimostrare l'impegno dei dirigenti a promuovere, con le parole e le azioni, l'integrazione interdisciplinare quale priorità organizzativa*. Una partnership tra dirigenti clinici a tutti i livelli è risultata essenziale, così come un profondo impegno da parte dei dirigenti con maggiore anzianità e del consiglio di amministrazione dell'ente. Parlare di questo impegno è importante, ma ciò che davvero conta è vederlo realizzato giorno per giorno.
- *Creare condizioni di parità che permettano ai membri del team di lavorare al massimo della propria competenza professionale, di conoscere i propri ruoli e di capire il valore del proprio contributo*. Il concetto di parità di condizioni è stato citato in quasi tutti gli enti coinvolti nell'indagine, poiché riduce la gerarchia inutile e aiuta i membri del team a lavorare insieme, ad acquisire nuovi linguaggi e capacità, con l'ulteriore vantaggio di comprendere ciò che ogni individuo porta al proprio gruppo di lavoro.
- *Coltivare un'efficace comunicazione di squadra*. Questo è stato sottolineato come un imperativo strategico decisivo, ovvero consentire ai componenti del gruppo che provengono da ambienti sociali disparati di condividere linguaggio, strumenti e obiettivi.
- *Considerare l'attivazione di una struttura organizzativa che abbia la funzione di promuovere la pratica interprofessionale*. È emersa un'ampia condivisione delle modalità con cui la struttura organizzativa può rafforzare l'integrazione, fra le quali l'uso condiviso degli uffici e la copresidenza dei principali comitati organizzativi. Sono necessari diversi tipi di misure e di risorse; non può esservi una soluzione valida per tutti, anche all'interno della stessa organizzazione.
- *Formare congiuntamente professionisti di discipline diverse, in modo che imparino a lavorare insieme*. Nel contesto clinico, questo può avvenire mediante l'orientamento, la promozione dello sviluppo professionale del personale e la formazione continua. Data la storia della formazione delle professioni sanitarie, che avviene per compartimenti stagni, qualsiasi iniziativa che, nei programmi formativi, aiuti gli studenti a imparare e a fare esperienze di lavoro di squadra e di integrazione interdisciplinare, prima di intraprendere l'attività professionale, sarà loro di aiuto.

 ISBN 978-88-08-68005-1

PROVA TU: QSEN in pratica!

Domande stimolo utili ad applicare il contenuto del paragrafo nella propria realtà professionale

- Che posto ha, di fatto, l'assistito nel mio contesto operativo?
- Se non è al primo posto, quali sono i fattori che ostacolano questa collocazione?
- Quali sono gli effetti della "periferizzazione" dell'assistito nel team rispetto ad altri ruoli?
- Quali di questi fattori sono modificabili con il mio contributo? Chi dovrebbe modificare gli altri e come?
- Quali iniziative potrei intraprendere nel mio gruppo di lavoro per mettere realmente l'assistito al centro dell'attenzione di tutte le figure professionali?
- Quali iniziative dovrebbero intraprendere i dirigenti per far sentire realmente gli assistiti e le loro famiglie come componenti fondamentali del gruppo di lavoro?
- Sono disponibile a discuterle con loro? Quali argomenti porterei a sostegno del mio contributo?

Nell'ambito di una riunione di reparto, in accordo con il tuo coordinatore, prova a mettere all'ordine del giorno alcuni di questi punti e a proporre alcune delle tue riflessioni. Come faresti a trovare degli alleati che le facciano proprie e ti aiutino a portarle avanti?

Collaborazione infermiere-medico[7]

Nell'assistenza sanitaria, quella tra infermiere e medico è una forma di collaborazione storicamente fondamentale. Baldwin (2007) sostiene che la messa a punto della collaborazione infermiere-medico ebbe inizio durante la Seconda guerra mondiale, con team medici e chirurgici multidisciplinari, e si estese successivamente nei programmi di riforma (Great Society) del presidente Lyndon B. Johnson, con l'idea che i poveri e le persone svantaggiate sarebbero stati assistiti da team sanitari[8].

Fairman e Lynaugh (1998), nel loro storico libro sugli albori della terapia intensiva, osservavano l'impatto che ogni professione esercitava sullo sviluppo delle altre:

> Per acquisire competenza nell'assistenza di casi complessi, gli infermieri imparavano sia con l'esperienza che dai medici. Sebbene molti medici fossero altrettanto inesperti nella cura di persone clinicamente instabili, essi provvedevano a gran parte della formazione post-laurea degli infermieri mediante lezioni formali e conversazioni informali. Gli infermieri imparavano nei tempi morti della terapia intensiva, durante i quali (di solito) i medici interni e gli infermieri discutevano i casi nel dettaglio, imparando

7. In questo paragrafo le dinamiche descritte sono ancora di stampo collaborativo, per cui si è mantenuto il termine originale "collaborazione" (*N.d.C.*).

8. La Great Society fu un insieme di ambiziose iniziative politiche, normative e programmatiche messe in atto a partire dal 1964 dal presidente degli Stati Uniti Lyndon B. Johnson, con gli obiettivi principali di porre fine alla povertà, ridurre il crimine, abolire le disuguaglianze e migliorare l'ambiente. Fu nell'ambito di questo programma di governo che venne normato il funzionamento dei due sistemi di assistenza sanitaria Medicare e Madicaid (si vedano nota 30, cap. 1, e pp. 63-64). Nel maggio del 1964, Johnson presentò il suo piano per una "Grande Società" durante un discorso presso la University of Michigan. Per approfondire l'argomento, può essere interessante visitare il link https://obamawhitehouse.archives.gov/1600/presidents/lyndonbjohnson (consult. 24/04/2025) (*N.d.C.*).

III

Strategie per creare una cultura della qualità e della sicurezza

CAPITOLO 11

Lo strumento della pedagogia narrativa per promuovere la qualità e la sicurezza

Pamela M. Ironside, PhD, RN, FAAN, ANEF, Elizabeth Cerbie Brown, MSN, RN
e Amy Hagedorn Wonder, PhD, RN

Inizialmente, non avevo nemmeno previsto di recarmi nella sua stanza; poi sono passata di lì e, notando che il mio assistito aveva accanto a sé un visitatore, ho pensato che fosse una buona occasione per presentarmi e raccogliere alcune informazioni. (A causa delle sue difficoltà di eloquio e di tutto il resto, era stato veramente difficile ottenere informazioni da lui). Così mi sono presentata e ho cercato di avviare con lui una conversazione, del tipo: "Come va? Qual è il vostro rapporto di parentela?" e cose di questo genere; lui mi ha risposto dicendo che quello era suo figlio e mi ha dato qualche informazione in più su di sé.

Poi, una volta stabilito questo contatto preliminare, ho iniziato a rivolgergli delle domande sui motivi che lo avevano condotto da noi, sulle sue condizioni di vita e di salute, su cosa sapesse riguardo ai farmaci che assumeva. Quando però gli ho chiesto se la sua malattia gli avesse mai causato delle complicanze, ha iniziato a diventare un po' freddo e distaccato, ed è ammutolito. Allora ho fatto una specie di retromarcia e ho detto: "Bene, vi lascerò tranquilli. Se avete bisogno di qualcosa, sono a vostra disposizione".

Ma mentre mi stavo allontanando, l'ho sentito dire a mezza voce qualcosa che ho voluto subito chiarire, perché non mi tornava… qualcosa come: "Fatti gli affari tuoi!". Allora sono tornata sui miei passi e gli ho detto: "Mi scusi, non ho sentito", perché per tutto il tempo avevo fatto fatica a capirlo. E lui mi ha risposto: "Mi ha sentito bene, invece!" E si vedeva che era arrabbiato. Perciò ho cercato di recuperare la situazione, perché ero a metà del mio turno e avrei dovuto ancora occuparmi di lui e non volevo suscitare altri problemi. Così mi sono limitata a dire: "Mi spiace se l'ho offesa o se si è arrabbiato per causa mia. Sto solo cercando di raccogliere qualche informazione in più, perché non ho tutte quelle che mi servono per darle l'assistenza di cui ha bisogno". Lui ha reagito ancora con rabbia, io mi sono scusata di nuovo e sono uscita dalla stanza.

(*Kelly, studentessa in tirocinio*)

L'obiettivo dell'iniziativa QSEN è rimodellare l'identità professionale degli infermieri in modo che ognuno di essi si senta impegnato nel miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria ovunque e in qualunque momento venga erogata (Cronenwett et al., 2007). A tal fine, in tutto il Paese i formatori hanno lavorato scrupolosamente per integrare nei loro corsi e nei piani di studi le competenze QSEN e le

 ISBN 978-88-08-68005-1

formulazioni riguardanti le conoscenze, le capacità e gli atteggiamenti da acquisire e mettere in pratica. Per raggiungere questo scopo, tuttavia, gli sforzi sono andati e ancora devono andare ben oltre la semplice trasmissione agli studenti di una maggiore conoscenza degli specifici aspetti della qualità e della sicurezza o di ulteriori abilità da mettere in atto con competenza e in modo abituale. Piuttosto, il conseguimento di una concreta trasformazione dell'identità professionale degli infermieri richiede un cambiamento del modo in cui i formatori concepiscono la pratica infermieristica e di come si preparano gli studenti a impegnarvisi continuativamente, possibilmente per tutta la durata della loro attività lavorativa.

Insegnare la pratica infermieristica

L'approccio predominante nella formazione infermieristica, sia nell'ambito accademico che in quello clinico, è saldamente ancorato sulla pedagogia tradizionale, fortemente centrata sulla strutturazione cognitiva di un pensiero professionale e l'acquisizione di determinate abilità (di base o avanzate) quale fondamento per tutte le interazioni ed esperienze che hanno come fine l'apprendimento delle competenze necessarie a esercitare la professione. Due comuni assunti di questo approccio sono che: 1) la presentazione più proficua dei contenuti da apprendere inizia dagli aspetti semplici e procede verso quelli più complessi e 2) una volta che gli studenti hanno acquisito la conoscenza dei contenuti prestabiliti possono applicarla – in modo lineare, diretto e corrispondente – nei contesti di apprendimento clinico cui sono assegnati, nei quali devono dimostrare di averli realmente assimilati (Ironside, 2001).

Questo approccio formativo pervade interamente l'ambito disciplinare e raramente i formatori mettono in discussione l'utilità, o i limiti, dell'impiego di un'unica metodologia pedagogica per preparare gli studenti a fornire un'assistenza sicura e di qualità. A causa di questa eccessiva dipendenza dalla pedagogia tradizionale, i docenti spesso identificano la mera adozione di strategie innovative come il solo mezzo per poter conseguire l'obiettivo QSEN.

Naturalmente, è essenziale che, prima di intraprendere la propria attività professionale, gli studenti acquisiscano le conoscenze basilari della disciplina infermieristica e padronanza nelle abilità pratiche. Tuttavia, queste, da sole, non sono sufficienti a preparare gli studenti a operare nei diversi contesti assistenziali. Di fatto, la ricerca sta evidenziando sempre di più la complessità del lavoro degli infermieri (per esempio, Cline, 2015; Sitterding et al., 2012) e la multiforme articolazione di elementi interconnessi, interdipendenti e differenziati (Lindberg, Nash e Lindberg, 2008) che costituiscono i sistemi nei quali viene fornita l'assistenza sanitaria e infermieristica. Per muoversi con cognizione in tale complessità (propria di ogni organizzazione sanitaria e sociosanitaria di qualsivoglia dimensione), gli studenti devono acquisire diverse tipologie di capacità, come quelle di gestire l'ambiguità e l'incertezza, affrontare interruzioni e distrazioni, distinguere qualitativamente le variegate manifestazioni dei problemi di salute o le diverse risposte degli assistiti e dei loro familiari alla salute e alla malattia, e di comprendere i vari punti di vista nelle interazioni che avvengono nella pratica clinica.

Per esempio, la storia di Kelly, all'inizio del capitolo, offre a docenti e studenti numerose opportunità di esplorazione dei punti di vista, dei conflitti reali o potenziali riguardo al modo in cui l'assistenza viene vissuta dalle persone cui è diretta e da chi la mette in atto, nonché al significato di queste esperienze per gli infermieri, gli assistiti e le famiglie. Insegnare questi aspetti della pratica infermieristica richiede necessariamente nuovi approcci pedagogici.

Pedagogia narrativa

La pedagogia narrativa, che adotta un approccio fenomenologico basato sulla ricerca (soprattutto qualitativa), è stata inizialmente riconosciuta come strategia utilmente applicabile nella formazione infermieristica di docenti, studenti e infermieri tutor clinici grazie a uno studio longitudinale sulle esperienze che queste persone hanno vissuto in questi tre ruoli (Diekelmann e Diekelmann, 2009).

In coerenza con le radici filosofiche di questo approccio pedagogico, che attingono alla corrente di pensiero della fenomenologia ermeneutica, i formatori che lo utilizzano spostano la propria attenzione dalla mera erogazione o dimostrazione di specifici contenuti e abilità alla co-creazione di esperienze in cui lavorano *con* gli studenti per esplorare le loro esperienze lungo il percorso formativo e mettere alla prova le loro nozioni preconcette e i loro modi abituali di pensare (Ironside, 2015).

Nella riflessione condivisa sulle situazioni vissute insieme, docenti e studenti mettono alla prova i propri assunti e ipotesi, li discutono e li reinterpretano. In tal modo, scoprono nuove possibilità di apprendimento e modalità per esercitare la pratica infermieristica che sono caratteristiche e specifiche dei contesti operativi frequentati e che possono sperimentare in tali sedi.

È importante considerare che la pedagogia narrativa è per sua natura inclusiva, poiché favorisce e supporta la ricerca anche nella formazione di livello superiore, compresa l'attenzione ad aspetti quali il potere (pedagogia critica), la voce di particolari sottogruppi sociali (pedagogia femminista) e le meta-narrazioni che plasmano la formazione e la pratica infermieristiche (pedagogia postmoderna). Queste diverse pedagogie (tradizionale, critica, femminista, fenomenologica e postmoderna) non si escludono a vicenda, ma piuttosto si ampliano e si potenziano reciprocamente. Mettendo in atto una formazione infermieristica, le cui esperienze di insegnamento/apprendimento si fondano su molteplici approcci pedagogici, fra cui quello narrativo[1], i docenti sono stimolati a creare situazioni di apprendimento che sollecitano studenti e infermieri tutor clinici a pensare diversamente e a essere aperti a nuove conoscenze e possibilità per migliorare la formazione e la pratica infermieristiche (Ironside, 2014). La pedagogia narrativa coinvolge docenti, studenti e infermieri tutor clinici, sollecitandoli a condividere le loro esperienze,

1. In effetti, la pedagogia narrativa si colloca nell'insieme degli approcci metodologici mediante i quali ogni docente sviluppa la propria funzione didattica, scegliendo di volta in volta, a seconda degli obiettivi di apprendimento e dei contenuti da trattare, quelli più adatti (*N.d.C.*).

 ISBN 978-88-08-68005-1

per lo più scrivendo dei resoconti e leggendoli in gruppo ad alta voce (Ironside e Hayden-Miles, 2012) oppure pubblicandoli in un forum di discussione, strumento che può risultare funzionale a diversi scopi didattici. Scrivere il racconto di un'esperienza, implica riesaminarla e renderla intelligibile agli altri, riportando dettagli, pensieri, emozioni, timori ed elementi contestuali che danno significato al racconto e offrono la possibilità di comprendere l'esperienza in modo innovativo e stimolante[2]. Per esempio, una neolaureata ha iniziato così il suo racconto:

> Era una sera di gennaio, la più fredda che potessi ricordare. Con una luna piena luminosissima, ululava un vento gelido e il Pronto Soccorso era strapieno, nonostante il tempaccio. Il vento era impetuoso e implacabile e la luna illuminava l'ambiente esterno fino alle porte d'ingresso. Era una notte crudele per le anime perse. C'erano, più del solito, bambini febbricitanti e inquieti, madri sole, sconfortate e stanche; giovani irritati e impazienti; i soliti barboni, bisognosi e reietti. Noi infermieri eravamo troppo pochi, c'erano un paio di medici stravolti e oberati di lavoro, e nessuno aveva pensato di portare "qualcosa di buono". Io mi sentivo responsabile di questa carenza.
>
> Ironside et al. (1998)

Secondo il filosofo Martin Heidegger (1889-1976), è solo attraverso la comprensione del mondo che l'uomo può dare significato alle cose che lo abitano e renderle così degli strumenti utilizzabili. Tale comprensione deriva da una pre-comprensione originaria, che l'uomo possiede grazie agli strumenti forniti dalla famiglia, dalla società, dall'epoca storica in cui vive e a cui appartiene; primo fra tutti gli strumenti è il linguaggio, mediante il quale l'uomo può realizzare la conoscenza che, in quest'ottica, è a tutti gli effetti un'interpretazione della realtà con cui egli entra in contatto lungo tutto il corso della sua esistenza.

Per questa ragione, descrizioni come quella citata portano chi le ascolta o le legge dentro l'esperienza vissuta da chi la narra, permettendogli di toccare con mano il vissuto di questa neoinfermiera, che tratteggia il contesto e gli elementi climatici e umani che più lo caratterizzano, le sue preoccupazioni e i suoi timori nell'affrontare l'esperienza di una notte in un Pronto Soccorso "strapieno", con scarsità di personale e senza "qualcosa di

2. Si consideri che nella formazione di tipo professionale la persona viene coinvolta nel processo di apprendimento non solo con la dimensione cognitiva, ma anche con quella emotiva, che costituisce una componente essenziale per alimentare e consolidare la motivazione sia ad apprendere ciò che consente di identificarsi nel ruolo professionale (Bruscaglioni, 2007), sia a sviluppare nel tempo la propria competenza, che non può mai dirsi del tutto compiuta.
In ambito infermieristico, questo principio è ancora più significativo e vitale, dato che il ruolo professionale dell'infermiere lo pone continuamente a contatto con i vissuti emotivi intensi e problematici degli assistiti e/o dei loro familiari e mette molto spesso alla prova il suo stesso equilibrio emotivo. Nella formazione infermieristica, pertanto, è impensabile focalizzare l'attenzione alle sole dimensioni cognitiva (le conoscenze da acquisire, il sapere) e tecnico-operativa (le abilità, il fare), tralasciando o dando minor enfasi alla dimensione emotiva-relazionale-sociale (gli atteggiamenti e i comportamenti, l'essere e il divenire). È invece necessario strutturare e gestire i percorsi formativi in modo da integrare proficuamente ogni esperienza di apprendimento, così da consentire agli studenti di acquisire un profilo di competenza, nel quale le tre dimensioni sono interconnesse e sviluppate in un unicum armonico ed equilibrato.
Nella bibliografia a fine capitolo sono indicate alcune risorse utili a sviluppare una formazione infermieristica capace di integrare l'approccio narrativo (*N.d.C.*).

buono" che conforti le "anime perse", dedite al servizio di chi sta soffrendo. Chi ascolta o legge viene così condotto *dentro* questa esperienza, non come un osservatore distante, ma come se vi fosse coinvolto in prima persona, come se fosse proprio lì, presente nella situazione narrata (Gadamer, 2001) e, insieme con chi la narra, dovesse affrontarla, cogliendo le sfide e le opportunità che influiscono sulle possibilità di mettere in atto l'assistenza di cui tutti hanno bisogno (Ironside e Hayden-Miles, 2012). Condividere in un gruppo di discussione dei resoconti narrativi, rivela anche nozioni preconcette, disattenzioni e incomprensioni che fanno parte dell'esperienza, come riferisce una studentessa in tirocinio, iniziando a raccontare la sua esperienza nell'assistenza di una persona con malattia renale terminale:

> Nel suo rapporto di fine turno, l'infermiera della notte ha riferito che il mio assistito, affetto da una malattia renale in fase terminale, rifiutava la dialisi. Non potevo credere che avesse preso questa decisione! Era in dialisi già da un po' di tempo e le cose andavano bene. Chiaramente, avrei dovuto spiegargli qualcosa sulla sua malattia e ribadire le conseguenze a cui sarebbe andato incontro con il suo rifiuto di sottoporsi al trattamento. Ma quando ho incontrato l'assistito e sua moglie, lui mi ha detto che non aveva rifiutato la dialisi. Questo mi ha sorpreso, perché ero certa che l'infermiera della notte aveva riferito il suo rifiuto e lo aveva scritto nel rapporto. Perciò ho iniziato a chiedermi se fosse confuso, oppure se mentisse o che altro. Forse, semplicemente, non voleva che la moglie sapesse che intendeva rifiutare la dialisi. Perché, dunque, nel rapporto si parlava di rifiuto se non era vero?

Insegnare agli studenti come si distinguono qualitativamente le diverse risposte degli assistiti alla salute e alla malattia, richiede l'esplorazione degli assunti che strutturano il loro pensiero riguardo a situazioni particolari, come quella riportata. I resoconti narrativi di esperienze e l'impegno collaborativo in sessioni di interpretazione, offrono a docenti e studenti l'opportunità di comprendere punti di vista molteplici e di analizzare le idee preconcette.

Per ottenere dei resoconti narrativi delle esperienze, alcuni docenti chiedono agli studenti di redigere un racconto della loro esperienza più significativa in un particolare ambito clinico, o di produrre un elaborato partendo da uno spunto, quale, per esempio: "Oggi mi sono preoccupato/a quando…", "Non sapevo che fare o che dire quando…", oppure "Mi sono stupito/a di trovare…" (Ironside e Hayden-Miles, 2012). Altri docenti sollecitano alcuni studenti alle prime armi a condividere un'esperienza che ritengono importante, nella quale si sono occupati di un'altra persona oppure un'altra persona si è occupata di loro (Ironside, 2003). Analogamente, durante la fase di orientamento di infermieri neoassunti, i formatori del personale chiedono loro di elaborare il resoconto narrativo di una situazione nella quale hanno provato incertezza riguardo a ciò che stava avvenendo nella condizione clinica di un assistito, oppure di un'altra circostanza significativa che hanno vissuto durante questa fase.

Anche le narrazioni degli assistiti e dei loro familiari costituiscono una risorsa proficua per indurre gli studenti a riflettere sulla pratica clinica e a metterla in discussione. In ognuno di questi casi, il docente/formatore incoraggia gli studenti o gli assistiti/i familiari a descrivere la propria esperienza così com'è avvenuta, evidenziando ciò che "passava loro per la testa" in quel momento o ciò che stavano pensando "mentre erano in ballo", anziché "riavvolgere il nastro" e fornire una panoramica generale di quello che

 ISBN 978-88-08-68005-1

hanno fatto o detto nel corso della vicenda (box 11.1). Nel condividere le proprie esperienze, docenti e studenti si impegnano in diverse sessioni di interpretazione, esplorando il significato e la rilevanza di ogni episodio, i presupposti sottostanti la loro comprensione, le nuove intuizioni e le possibilità per migliorare la formazione e la pratica infermieristiche emerse dalla riflessione comune e collaborativa.

Box 11.1 Domande stimolo per orientare l'analisi della narrazione

Rifletti sulla tua esperienza di tirocinio odierna. Cosa ti ha colpito? Pensando a quelle ore, descrivila. La tua narrazione potrebbe raccontare una sconfitta, se niente è andato "per il verso giusto", *oppure* essere una dimostrazione di efficacia, se tutto "è andato bene".
Includi quanti più dettagli possibile e, anziché "riavvolgere il nastro" per analizzare o descrivere in modo "obiettivo" quello che hai visto/vissuto, raccontalo in prima persona. Considera ciò che ti passava per la testa in quei momenti. Cosa stavi vedendo e ascoltando? Cosa provavi? Fa parte della tua esperienza qualsiasi piccolo elemento della situazione che sei in grado di ricordare. Dopo averne descritto i dettagli, spiega perché questo evento è importante per te e quale significato assume nella tua vita personale e professionale.

Domande stimolo

- Come si è modificata la tua attenzione nel corso dell'esperienza? Che cosa ha attirato il tuo sguardo? Che cosa ti ha distratto? Turbato? Sorpreso?
- Qual è la *relazione* tra X e Y? In base a quali informazioni/osservazioni puoi affermarlo?
- Quale voce era assente/inespressa? Nell'interesse di chi si stava agendo?
- Nell'affrontare questa esperienza, avevi determinati obiettivi e aspettative. Puoi dire qualcosa in più, spiegando se/come questi si sono modificati man mano che la vivevi?
- Ti sei mai trovato in una situazione analoga, in precedenza? In che misura, questa situazione, era simile ad altre o diversa?
- Cos'hai sentito dire da colleghi, docenti, altri componenti del team e dall'assistito/dai suoi familiari in questo periodo di tempo? Che cosa ha significato per te?

Si consideri la narrazione seguente, fatta da un infermiere docente che, prendendosi cura di sua figlia, si è scontrato con i limiti dell'*evidence-based practice*.

> Non sono un principiante dell'assistenza sanitaria. Oltre a lavorare nella scuola di infermieristica, ho purtroppo una notevole esperienza come assistito e come familiare di un assistito! Combatto da alcuni anni con il melanoma e ho subito ripetute escissioni cutanee sul dorso, sulle braccia, sulle gambe e sul torace. Sono stato capace di scendere a patti con la malattia, sebbene il trattamento terapeutico programmato che l'ha accompagnata sia stato un incubo, con ricadute pesanti sulla mia attività accademica! Poi, lo scorso autunno, ho saputo che mio padre aveva un cancro al quarto stadio. È stato un colpo per tutti noi e, lei sa come vanno le cose… se sei infermiere, chiunque in famiglia si rivolge a te con le sue domande, preoccupazioni, lacrime… tutto. È stato devastante! Perciò sono abituato a parlare con i professionisti sanitari delle prove di efficacia più recenti su cui si basano le scelte terapeutiche e a tradurle per la mia famiglia. Leggo molto, e con i miei studenti sottolineo sempre l'importanza dell'*evidence-based practice*. Ci credo seriamente!
> Poi un giorno, del tutto inaspettatamente, la mia bambina di 9 anni è tornata da scuola con un dolore acuto all'addome. Ventiquattro ore dopo era in ospedale. Hanno riscontrato una pancreatite acuta e gravi

ulcere gastriche. Soffriva molto ed era terrorizzata dall'intera situazione. Anch'io ero spaventato e avevo bisogno di risposte. Che cosa stava succedendo a mia figlia? Che cosa le si poteva fare? Sono rimasto al suo capezzale giorno e notte. Sebbene la stanza fosse illuminata solo dai monitor, vedere l'espressione di dolore sul suo viso era insopportabile. Si rigirava nel letto e piangeva sommessamente, implorandomi di fare qualcosa per calmare il dolore. Non mi ero mai sentito tanto impotente!
A rendere le cose ancora più difficili, nessuno sapeva quale fosse la causa del suo problema, né che cosa fare, nonostante fossimo in un centro pediatrico di altissimo livello. Infermieri e medici ci dedicavano poco tempo. Non sapere cosa dire o fare li metteva a disagio, anche se sono certo che cercassero scrupolosamente opzioni di trattamento ed evidenze scientifiche a supporto. Facevo domande, ma non ottenevo risposte. Dopo alcuni giorni di terapia, hanno iniziato a evitarmi, entrando sempre meno nella sua stanza. Ho ricercato in letteratura, in Internet, ho parlato con i colleghi. Voglio dire, io INSEGNO *evidence-based practice*, è il mio lavoro… com'era possibile che non riuscissi a trovare nulla che mi fosse di aiuto? Gli specialisti cui mi sono rivolto, e ce n'erano molti, avevano poco da offrire. Discutevano con noi diversi approcci di trattamento ma, essendo ignota la causa, anche le migliori evidenze non sembravano affatto tali. Tuttavia, andavano prese delle decisioni terapeutiche. Ma come si potevano prendere delle decisioni consapevoli e fondate per mia figlia in mancanza di evidenze scientifiche valide? Ho arginato i sentimenti convulsi che continuavano ad affiorare nel mio animo. E allo stesso tempo aspettavo, sperando contro ogni speranza, di ottenere qualche risposta.

Sessioni di interpretazione

I docenti che adottano la pedagogia narrativa coinvolgono attivamente studenti e infermieri tutor clinici in sessioni di interpretazione delle loro esperienze, che condividono ascoltando, commentando insieme e ponendosi reciprocamente delle domande che stimolano la riflessione. Insieme, essi esplorano la significatività della narrazione, considerando la comprensione che ognuno ne ha tratto come provvisoria e aperta a ulteriori chiavi di lettura. Pertanto, nella ricerca di nuovi metodi di comprensione, analizzano molteplici punti di vista (scientifico, critico, femminista, postmoderno, fenomenologico, nonché quelli degli altri membri del team, dell'assistito e della famiglia); inoltre, mettono alla prova i presupposti, esaminano criticamente i punti di vista prevalenti e i limiti delle conoscenze attuali ed esplorano il significato e la rilevanza delle loro interpretazioni, per l'evoluzione della pratica professionale di studenti e nuovi infermieri.

È importante notare che questi sforzi non sono diretti specificamente all'identificazione di quale punto di vista o azione – tra quelli considerati – sia migliore, più valido o più corretto. Invece, coerentemente con le basi filosofiche della pedagogia narrativa, ogni interpretazione è ritenuta provvisoria, poiché la complessità, l'incertezza e l'ambiguità dell'interazione, così come la fallibilità delle attuali conoscenze e delle diverse chiavi di lettura, sono in qualche modo attenuate grazie alle ripetute sessioni di interpretazione. Per mezzo di esse, gli studenti imparano a porre domande che stimolano la riflessione, anziché affrettarsi a dare giudizi su come intervenire in una situazione analoga a quella narrata.

Ancora, il ricorso alla pedagogia narrativa e il coinvolgimento in sessioni di interpretazione, iniziano con l'ascolto condiviso di alcuni racconti di esperienze pratiche, come quella che segue. Si riferisce all'esperienza vissuta un giorno da Shelly, che da due anni lavora come infermiera in un reparto di pediatria presso il City United Hospital, grande ospedale cittadino per l'assistenza sanitaria in acuzie.

 ISBN 978-88-08-68005-1

Il racconto di Shelly

Sono le 15.30 in un'unità di degenza pediatrica. I pomeriggi sono sempre movimentati, perché mandiamo i nostri piccoli assistiti a fare esami, molti team medici stanno visitando, sono in corso tutte le consulenze e iniziamo i ricoveri e le dimissioni. Ho in carico quattro persone, che mi impegnano molto, e ho appena dimesso l'assistito meno impegnativo (riacutizzazione dell'asma), che se ne torna a casa. L'infermiera coordinatrice mi avverte che c'è un ragazzino in Pronto Soccorso (PS) che deve essere ricoverato da noi e dovrò farmene carico io. "Accidenti" penso tra me e me "non posso avere almeno mezz'ora per rimettermi in pari con la mia tabella di marcia? In tutta la giornata non ho scritto niente nelle cartelle e ho bisogno di stare un po' con la famiglia della stanza 27: hanno un sacco di domande sul diabete infantile appena diagnosticato al loro bambino e hanno bisogno di sostegno e conforto!" Ma faccio un piccolo sorriso all'infermiera coordinatrice e le faccio segno che va bene. Prego dentro di me, sperando che il (o la) collega del PS che accompagnerà il ragazzino ci metta un bel po' ad arrivare. Controllo il bambino della stanza 31: con lui non ci sono parenti, ma proprio adesso c'è una puericultrice che lo sta facendo giocare (grazie a Dio!). Decido che le cartelle possono aspettare – ormai, non fa differenza – e mi dirigo verso la stanza 27. Sono arrivati i nonni di questo bimbo adorabile di 5 anni e fanno a turno per giocare con lui. Sua mamma mi guarda: nei suoi occhi vedo apertamente l'emozione che prova; è esausta, confusa e terrorizzata per quello che la diagnosi significa per il suo bambino e la sua famiglia. Appena faccio per sedermi vicino a loro, l'interfono comunica che mi cercano al telefono. Ecco, lo sapevo… (SIGH!)

Prendo la telefonata in corridoio: è Theresa, dal PS. Mi chiama per riferirmi del ragazzino da ricoverare e vuole sapere se può portarlo su tra 10 minuti. Le spiego che in questo momento sono con un bambino e la sua famiglia e che devo controllare la stanza prima che lei arrivi con il ragazzo in attesa di ricovero; dunque ci vorrà un po' perché tutto sia pronto. Lei si spazientisce e dice che porterà su il ragazzino tra 10 minuti, che dovrebbero essere sufficienti per preparare la stanza, e riattacca. Va bene, allora. Informo l'infermiera coordinatrice, verifico che la sua stanza sia pronta in tempo e torno nella stanza 27. Così riesco a restare almeno un po' con questa famiglia, rispondo ad alcune domande, la rassicuro che a breve verranno un collega, che le darà tutte le informazioni necessarie sul diabete, e un dietista, che le dedicherà un po' di tempo. Quindi dico loro che devo andare ma tornerò presto e mi preparo mentalmente per il nuovo ricovero. Ma Theresa è già qui, al piano, con Brandon, un ragazzino di 15 anni affetto da fibrosi cistica. Lo conosco già Brandon, è stato spesso da noi. Ha tutto sommato un bell'aspetto, così tiro un sospiro di sollievo. Theresa mi consegna rapidamente tutto il carteggio sanitario che ha portato con sé, mi fa un rapido resoconto e, mentre mi chiede se ho domande, inizia ad allontanarsi da Brandon e da me; è piuttosto evidente che non è davvero interessata alle mie eventuali domande. Conosco bene Brandon, ma poiché in reparto si sta vivendo un pomeriggio di fuoco, temo di trascurare o di dimenticare qualcosa.

Cerco di far sistemare Brandon nella sua stanza, ma sembra che non si senta a suo agio e chiede qualcosa da mangiare. Mi sa che questo sarà un turno di lavoro lungo! Giorni del genere sono davvero stressanti! Non so come farò a tenere testa a tutto. Inoltre, perché tanta fretta di ricoverare Brandon nella nostra unità e perché Theresa era così assillante? Non ha visto come siamo presi?

Nel condividere le proprie esperienze, chi le narra rivela a chi le ascolta/legge in che modo le ha comprese e interpretate. Tuttavia, ricorrere alla pedagogia narrativa non significa solo condividere le esperienze o replicare all'interpretazione che ne dà chi le riporta, ma esaminarle insieme e in modo vicendevole: è un'esortazione a riflettere in profondità su tutto ciò che, nell'esperienza considerata, è presente e assente (Diekelmann e Diekelmann, 2009). Nell'adottare tale atteggiamento interpretativo, docenti, studenti e infermieri tutor clinici esplorano in modo innovativo le consuetudini che ereditano, quello che avviene normalmente nella pratica e ciò su cui è possibile agire.

Dopo aver lasciato a chi ascolta alcuni istanti per esaminare dentro di sé l'esperienza condivisa, i docenti che utilizzano questo approccio pedagogico iniziano spesso con una domanda aperta, quale: "Che cosa emerge, secondo voi, da questa narrazione?". Le domande aperte invitano gli studenti alla riflessione e a condividere ciò che hanno fissato nella propria mente, ciò che – dell'esperienza vissuta/ascoltata/letta – ha colpito la loro attenzione, destato il loro interesse o suscitato le loro emozioni. Per sua natura, questa domanda-stimolo si differenzia in modo sostanziale da quelle utilizzate nell'ambito della pedagogia classica, perché innesca un dialogo diverso da quello suscitato da domande quali: "Se foste stati al posto di Shelly, che cosa avreste fatto/detto come prima cosa?".

È importante sottolineare che la discussione che ne consegue, quando il docente e gli studenti si impegnano in sessioni di interpretazione, considera molteplici punti di vista ed esperienze, le fonti di letteratura più aggiornate e genera ulteriori domande stimolo, utili a migliorare la comprensione dell'esperienza narrata ed esplorarne il significato e la rilevanza per la pratica infermieristica.

Per esempio, quando gli studenti commentano la tensione fra il desiderio di Shelly di dedicare un po' di tempo a una famiglia sconvolta dalla diagnosi di diabete infantile e la necessità di gestire un nuovo ricovero, il docente può chiedere: "Che cosa significa per gli infermieri affrontare richieste contrastanti tra loro, come quelle di una famiglia affranta, confusa e spaventata da una parte e, dall'altra, quelle connesse a un nuovo ricovero per la riacutizzazione ricorrente della fibrosi cistica? In che modo gli infermieri decidono come impiegare il poco tempo a loro disposizione? Quando i bisogni di un assistito e le impellenze del sistema sono in conflitto, come fanno a decidere quale approccio adottare?".

Queste narrazioni condivise, sono racconti/descrizioni dinamici inerenti alle situazioni della pratica infermieristica e all'ambiguità, all'incertezza, ai limiti e alle difficoltà in cui essa s'imbatte ogni giorno. Riguardano al contempo il singolo infermiere (narratore), altri soggetti coinvolti nell'interazione, il contesto o l'organizzazione in cui essa si è svolta e le consuetudini dell'assistenza infermieristica che gli studenti stanno apprendendo (nel bene e nel male). Anche quando si redige il resoconto di un'esperienza particolare (per esempio, le situazioni nelle quali gli studenti in tirocinio hanno messo in atto qualcosa di rilevante a beneficio di un assistito), c'è sempre un significato ulteriore da esplorare – per docenti, studenti e infermieri tutor clinici – mentre gli aspetti di interesse emergono, si ampliano o passano in secondo piano (Diekelmann e Diekelmann, 2009).

I docenti possono anche coinvolgere gli studenti in sessioni di interpretazione in cui si utilizzano le diverse narrazioni di studenti e/o infermieri tutor clinici; in alcuni

 ISBN 978-88-08-68005-1

casi, esse concernono esperienze riguardanti un tema comune, in altri possono includere il racconto di un'esperienza condivisa da più persone, oppure esperienze collegate fra loro. Per esempio, si consideri il racconto di Theresa, che lavora anche lei al City United Hospital ed è un'infermiera di grande esperienza, in servizio al Pronto Soccorso (PS) da parecchi anni.

Il racconto di Theresa

Il mio turno doveva iniziare la mattina alle 7, ma mi hanno telefonato alle 4, chiedendomi se potevo entrare in servizio prima: un infermiere del turno di notte ha avuto un'emergenza familiare ed è dovuto andare via all'improvviso. Mi chiamano spesso quando hanno bisogno di aiuto. Sono in servizio in questo PS da 15 anni, amo il mio lavoro e lo svolgo piuttosto bene. Inoltre, ho divorziato da poco e ho bisogno di fare ore straordinarie per pagare le spese mediche di mio figlio, che ha 7 anni e soffre di una malformazione cardiaca congenita. Sta bene, ma le spese mediche sono ingenti e avrà sempre bisogno di cure. Fortunatamente, la mia famiglia mi sostiene molto e mi aiuta tutte le volte che può. Dato che vivo con mia sorella e la sua famiglia, loro possono stare con mio figlio e io posso fare dei turni extra.

Stamattina, al mio arrivo, il PS è affollato come al solito. Ho l'incarico di assistere tre bambini: due hanno bisogno di alcune istruzioni prima di essere dimessi a domicilio e uno deve essere ricoverato. Devo anche assumere la funzione di responsabile infermieristico del turno[3]*. Entro rapidamente in servizio, in modo che gli infermieri del turno notturno possano smontare e tornare a casa. Da giorni siamo a corto di personale, ma credetemi: con 15 anni di esperienza alle spalle, abbiamo imparato a far funzionare qualunque cosa. La situazione è ben lontana dall'ideale, ma ce la faremo comunque. Mentre la mattinata procede, lavoriamo duro e tutto sembra andare per il verso giusto. Tengo d'occhio tutti, solo per essere sicura che nessuno venga sopraffatto dalla marea di richieste: le stanze sono tutte occupate e ci sono alcune persone in corridoio; la sala d'attesa è affollata. Poiché l'ospedale è pieno, ci vuole un'eternità per ottenere un posto letto. Come infermieri di PS, siamo preparati ad agire rapidamente per diagnosticare, trattare e trasferire, non a fornire assistenza per lunghi periodi di tempo; perciò avere tante persone in attesa di trasferimento può essere veramente stressante, anche per gli infermieri che lavorano in PS da diversi anni.*

Porto a termine le dimissioni per potermi concentrare sull'altro ragazzino. Si chiama Brandon ed è affetto da fibrosi cistica. Sembra che stia bene, ma viene ricoverato per una "messa a punto" della terapia, perché ha avuto alcuni episodi di insufficienza respiratoria

3. In molte strutture ospedaliere statunitensi vi è un responsabile infermieristico di turno, ruolo diverso da quello del coordinatore infermieristico, poiché il suo ambito di responsabilità è limitato al solo turno di servizio e riguarda principalmente le attività di assistenza diretta ai degenti, cui associa una funzione di leadership volta alla consulenza e alla supervisione clinica degli altri colleghi. Questa figura non ha un chiaro corrispondente nell'organizzazione sanitaria italiana, se non sporadicamente e informalmente. Potrebbe costituire un modello organizzativo che consente di valorizzare le competenze e l'esperienza degli infermieri con formazione avanzata (per esempio, master in Area critica), a tutto beneficio della qualità dell'assistenza, sanitaria e infermieristica (*N.d.C.*).

acuta del tutto inaspettati. Stiamo solo attendendo che si liberi un posto letto. Ho appena iniziato a parlare con Brandon quando chiamano per avvisare che sta arrivando l'ambulanza con un bambino di 7 anni colpito da una pallottola. Cosa? Hanno detto 7 anni? Informo il trauma team e mi preparo ad accogliere e ad assistere il piccolo.

All'arrivo dell'ambulanza, il team è pronto e iniziamo tutti a lavorare velocemente. La vittima è un bel bambino di 7 anni, di nome Isaac, che stava giocando davanti a casa. Vive in una zona malfamata della città, probabilmente una delle peggiori, ma era una bella mattina d'estate, forse la prima dell'anno. Purtroppo, mentre Isaac giocava in giardino davanti a casa, è stato colpito da un proiettile vagante sparato da un'auto in corsa. Qui al PS vediamo troppe morti assurde! Questo caso mette a dura prova tutto il team.

Lavoriamo per quasi un'ora per cercare di stabilizzarlo, in modo che possa essere operato, ma perdiamo la battaglia, e con essa il bambino. Stanno chiamando la famiglia; con lui, al PS, c'è solo la mamma, che è ovviamente devastata! Continua a dire: "Sapevo che non dovevo lasciarlo giocare fuori, perché l'ho lasciato fuori a giocare?". Mentre provo a consolarla, alzo lo sguardo e vedo Brandon seduto sulla sua barella, che osserva la scena dall'altra parte del corridoio, fissandoci con i suoi occhi azzurri. Allora penso: "Quando sarà pronto il posto letto per lui? Perché ci stanno mettendo così tanto? Non deve restare qui a vedere e sentire tutta questa tragedia!". Vado dalla segretaria per informarmi sul posto letto per Brandon, in modo che possiamo portarlo via di qui e metterlo a proprio agio nella sua stanza, e faccio un cenno a Brandon per fargli sapere che va tutto bene e che tra qualche minuto sarò libera. Faccio spostare la mamma di Isaac in fondo al corridoio, in una sala appartata. La segretaria mi informa che il posto letto è libero e che posso passare le consegne a Shelly. In quel momento arriva il papà di Isaac e capisce che cosa è successo. Lo accompagno da sua moglie e li faccio accomodare in una sala visite riservata. Ma ora sono molto preoccupata che nessuno si stia occupando di Brandon. Appena posso, chiamo per passare le consegne, così da potergli assicurare una sistemazione confortevole, lontano dalla commozione e dalla tristezza per l'evento drammatico cui abbiamo assistito e che non siamo riusciti a evitare. Quando parlo al telefono con la collega, Shelly, mi dice che conosce Brandon ("Bene!" penso "questo dovrebbe accelerare le cose!"), ma percepisco che non vuole accettare questo ricovero adesso, poiché tenta in ogni modo di posticiparlo. Penso: "Datti una mossa!". Brandon è qui da 4 ore e in questo momento il PS non è proprio il posto adatto per lui! Mentre cerco di concludere la telefonata il più velocemente possibile, arrivano altri parenti di Isaac, che piangono e gridano in corridoio vicino alla stanza di Brandon. Dico a Shelly che tra 10 minuti lo porterò di sopra e chiudo per andare a dare supporto ai parenti di Isaac appena arrivati e che sono stati informati della sua morte.

Torno indietro per controllare la mamma e il papà, e chiedo se vogliono rivedere un'ultima volta il loro bambino. Vedo la paura nei loro occhi, ma li informo che resterò accanto a loro. Si sentono sollevati, dicono che vogliono dirgli addio. Suggerisco loro di prendersi un po' di tempo con il cappellano dell'ospedale (che nel frattempo ho chiamato), mentre io preparerò la stanza. Non voglio che vedano Isaac in queste condizioni, mi occorre qualche minuto per sistemare lui e la stanza. Mentre sto facendo più in fretta che posso, entra un altro infermiere molto esperto; perciò gli chiedo di preparare Isaac per i suoi genitori mentre io accompagno Brandon di sopra. Acconsente e mi informa che Betsy, una delle nuove

 ISBN 978-88-08-68005-1

infermiere, è sconvolta per questa tragedia e quindi l'ha mandata nel salottino del personale per fare una breve pausa. Lo ringrazio e gli dico che dopo questo episodio dovremo fare un debriefing. Veder morire un bambino di 7 anni a causa di una pallottola è un'esperienza sconvolgente per tutti! Lo rassicuro che darò un'occhiata a Betsy appena ritorno. Quindi prendo rapidamente Brandon e le sue cose e saliamo al piano superiore. Ha un'aria pensierosa, ma quando lo interpello mi risponde che sta bene. "È stata una mattinata dura per te, vero?" gli chiedo. Brandon resta zitto. Arriviamo in reparto e troviamo Shelly. Poiché conosce Brandon, le faccio un breve resoconto e le chiedo se ha domande. Saluto Brandon e torno velocemente di sotto, verso il PS. So che mi attende uno dei compiti più difficili del mio lavoro: aiutare i genitori a dire addio al proprio figlio! Penso per un attimo a mio figlio di 7 anni. Non posso immaginare che cosa stiano passando i genitori di Isaac. Nei pochi secondi che trascorro in ascensore riordino i miei pensieri. Faccio un respiro profondo e raccolgo le mie migliori energie per essere loro d'aiuto. Eccomi.

Il valore della pedagogia narrativa sta nel cercare di comprendere il significato di un'esperienza e le possibilità per affrontarla come infermiere. Mentre la pedagogia tradizionale si focalizza sull'applicazione di conoscenze o teorie (apprese altrove e applicate in una situazione specifica), con la pedagogia narrativa i docenti sollecitano studenti e infermieri tutor clinici a riflettere sulle situazioni che incontrano in modo nuovo e da prospettive diverse, usando le proprie conoscenze e la propria esperienza come base per approfondirne il significato e la rilevanza, non solo ai fini del processo di apprendimento degli studenti, ma anche del proprio percorso di sviluppo professionale.

Per comprendere e interpretare una narrazione, possono essere utilizzate informazioni relative al contesto operativo, conoscenze teoriche o specifici dati clinici (per esempio, per capire le esperienze di Shelly e Theresa si attinge alla conoscenza del diabete infantile, della fibrosi cistica in età infanto-giovanile, delle dinamiche familiari in caso di diagnosi severa o di lutto, del passaggio di consegne e della comunicazione tra membri di un team e fra dipartimenti e così via) ma, prima di stabilire quali conoscenze applicare o quando e come applicarle, l'attenzione va rivolta alla comprensione del significato degli eventi e dei vissuti emotivi presenti nella situazione narrata. Inoltre, l'ascolto delle narrazioni che vengono condivise, e le susseguenti discussioni collettive che impegnano docente, studenti e infermieri tutor clinici nello sforzo comune di interpretare quanto narrato, rivelano come essi riescano ad assimilare il significato delle situazioni in cui si imbattono e consentono di verificare quali conoscenze usare e dove e come usarle. Ognuno di essi considera anche i limiti delle proprie conoscenze e della propria esperienza (per esempio, che cosa so e che cosa ho bisogno di sapere?), le attuali conoscenze disciplinari e le evidenze scientifiche utili a orientare la pratica infermieristica (per esempio, in questo caso, che cosa ci sarebbe di sbagliato nell'usare le *best practices*?), nonché le visioni della pratica infermieristica assimilate e idealizzate, che non possono spiegare appieno tutta la miriade di sfaccettature che caratterizzano le più diverse situazioni riscontrabili nei contesti operativi in cui l'assistenza viene erogata (per esempio, che cosa significa per gli infermieri non essere in grado di fornire una "buona" assistenza a causa di richieste che, dato il tempo a disposizione, sono

contrastanti fra loro? Come conciliarle? Come individuare le priorità cui dedicare le maggiori attenzioni ed energie? e così via).

L'evoluzione della metodologia formativa indotta dall'avvento della pedagogia narrativa, consiste proprio nel far emergere dalla discussione la dimensione della complessità e le molteplici sfaccettature delle situazioni problematiche e interconnesse con cui gli infermieri si scontrano giornalmente, anziché cercare di semplificare o ridurre la complessità della pratica infermieristica al fine di insegnare capacità isolate, quali la comunicazione, l'organizzazione o la definizione delle priorità. Infatti, dal punto di vista fenomenologico, solo attraverso l'approfondita comprensione di un'esperienza è possibile decidere quali conoscenze/capacità applicare e quando e come applicarle in altre situazioni.

Le esperienze non sono mai semplici o lineari; capita spesso che le sessioni di interpretazione includano la "messa in crisi" di un'esperienza, continuando a porre domande da più punti di vista (scientifico, critico, femminista, postmoderno, fenomenologico, ecc.). Questo è in netto contrasto con l'approccio pedagogico tradizionale, con cui si procede linearmente dalla domanda alla risposta, senza considerare domande stimolo come quelle volte ad appurare l'atteggiamento dell'infermiere nell'esperienza e, prima di tutto, il modo in cui lo specifico problema da risolvere è stato identificato come tale e quindi affrontato.

Con la pedagogia narrativa, un'esperienza condivisa non è semplicemente la descrizione di un determinato evento, ma porta con sé le esperienze pregresse e quelle in corso e le possibili evoluzioni che possono profilarsi in una situazione specifica. Pertanto, le sessioni di interpretazione non sono mai acontestuali o astratte, ma radicate negli eventi e nelle circostanze in cui gli infermieri sono sotto pressione, laddove le norme, le regole e le disposizioni ricevute esercitano un peso rilevante nella dinamica dei fatti, oppure laddove sono implicate le diverse culture e tradizioni delle persone coinvolte o, ancora, quando sono messi alla prova i valori e l'etica degli ambienti organizzativi in cui l'esperienza narrata ha avuto luogo.

Quando docenti, studenti e infermieri tutor clinici si impegnano nello sforzo comune e con spirito collaborativo in sessioni di interpretazione, portano nella discussione il proprio background di conoscenze ed esperienze (il passato), i rispettivi punti di vista (il presente) e le proprie sensazioni riguardo ai possibili sviluppi della pratica infermieristica (il futuro). Come il ciclo ermeneutico, la comprensione è dunque circolare, non ha mai fine, ed è sempre già situata nelle esperienze che docenti, studenti e infermieri tutor clinici apportano nel dialogo reciproco.

Quando mettono in atto delle sessioni di interpretazione, i docenti approcciano ogni discussione come se fossero degli studenti, cercando di acquisire una maggiore conoscenza riguardo alla pratica infermieristica e alle modalità con cui i loro (veri) studenti la apprendono nella complessità del sistema sanitario, in continua evoluzione. Inoltre, comprendono meglio il funzionamento cognitivo dei propri studenti, i quali rivelano talvolta una grande profondità di pensiero e capacità di intuito nel riflettere sulla loro pratica, tanto da stupire gli stessi docenti (Ironside, 2006; Ironside e Hayden-Miles, 2012). Altre volte, emergono fra gli studenti nozioni preconcette, errori, pregiudizi e malintesi. Per esempio, dopo aver ascoltato la storia di Shelly, gli studenti spesso criticano l'operato

Gwen Sherwood · Jane Barnsteiner

Qualità e sicurezza in Infermieristica

L'approccio per competenze QSEN al miglioramento dei risultati

Il progetto QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*), nato negli Stati Uniti nel 2005, ha impresso e tuttora sta imprimendo una svolta alla formazione e alla pratica infermieristiche riguardo al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria, non solo negli USA ma anche in molti altri Paesi del mondo.

Questo libro presenta l'origine e i fondamenti del progetto QSEN (assistenza centrata sulla persona, lavoro di squadra e collaborazione interdisciplinare, *Evidence-Based Practice*, miglioramento della qualità e della sicurezza, uso dell'informatica), offrendo a docenti, dirigenti infermieristici, infermieri tutor clinici e studenti di infermieristica di ogni livello, l'opportunità di contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria e infermieristica nell'ambito del proprio ruolo.

Lo sviluppo tematico si articola dalla riprogettazione dei piani degli studi universitari alle iniziative di formazione permanente, passando naturalmente per l'applicazione dei concetti QSEN nella pratica clinica quotidiana, descrivendo quanto avviato/realizzato negli Stati Uniti ma al contempo delineando a tutto campo ciò che è possibile mettere in atto riguardo a qualità e sicurezza dell'assistenza nei vari ambiti di attività.

Ogni capitolo inizia con un breve episodio reale e tutti i capitoli, nel loro insieme, tracciano una sorta di piano d'azione per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Ognuna delle sei competenze QSEN viene trattata in modo approfondito nella sezione 2, a partire dalla quale viene offerta anche una serie di risorse (strategie, strumenti didattici, riferimenti bibliografici, siti web e così via) utilizzabili non solo dalle figure suddette ma anche da altri professionisti sanitari interessati ai temi della qualità e della sicurezza. Tra le varie risorse, vi sono anche alcune proposte di attività concrete, specificamente pensate per la realtà italiana (*Prova tu: QSEN in pratica*) che sollecitano il lettore a mettersi in gioco, da solo o con altri, per sperimentare davvero cosa significa contribuire al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza nella propria realtà operativa.

68005 - SHERWOOD*QUAL SICUREZZA INF

ISBN 978-88-08-**68005**-1