

Vincitore Premio Maria Rita Preite, 1998

EVIDENZIARE LE STRATEGIE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE AI FINI DEL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA, ALL'INTERNO DI UN'UNITÀ OPERATIVA ESISTENTE

Infermiere Professionale ANNALISA PENNINI

PREMESSA

La Sanità italiana attraversa un periodo di transizione e di rivoluzione profonda. In questo contesto chi svolge un ruolo da interprete principale, come tutti i professionisti della salute e fra questi gli Infermieri, è chiamato a "leggere" la realtà in un modo nuovo, a sperimentare altri orizzonti, ad usare nuovi strumenti con immaginazione e creatività.

Ma l'innovazione affinché non sia un fallimento, deve essere vissuta come stimolo, come opportunità ad acquisire conoscenze e competenze sempre più ampie e specifiche e non come "fardello" da portarsi dietro o come vincolo o obbligo da espletare.

La figura infermieristica, oltre ai cambiamenti dettati dalla normativa generale di riordino in materia sanitaria, dettati dai Dlgs 502/92 e 517/93, sta percependo anche il cambio di rotta segnato dal DM 739 del '94 (Profilo dell'Infermiere) che rappresenta uno dei fondamenti della professione per il futuro, insieme ad una formazione di base adeguata e al codice deontologico che scandisce il mandato etico dei professionisti.

Mai come ora è necessario unire le forze, cercando di coniugare il principio della razionalizzazione

*"Consapevoli
che non c'è niente
di più difficile
che cambiare delle consolidate
abitudini immotivate
con innovative
prassi scientifiche".*

delle risorse con quello di un'assistenza di qualità, da erogare ad un cittadino - utente sempre più consapevole e giustamente esigente. E' evidente che il trinomio efficienza-efficacia-qualità è sempre più una necessità in ogni realtà organizzativa, che deve saper rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute.

Gli Infermieri dovranno porre un'attenzione particolare all'efficacia, cioè di ottenere effettivamente i risultati attesi sulla base di evidenze scientifiche, secondo il principio del "Based Evidence Nursing". Il nursing basato sull'evidenza scientifica è orientato al paziente e non all'organizzazione, ed è quindi anche il primo elemento di qualità, senza considerare inoltre che un'assistenza di questo tipo sarà senz'altro in grado di rispondere anche al principio di economicità e di eliminazione degli sprechi in quanto individua solo gli interventi essenziali ed indispensa-

bili.

Qualità è una parola chiave nel contesto che viviamo, a volte è anche un termine abusato, altre volte è vissuto come se fosse un qualcosa di avulso dall'organizzazione stessa, un qualcosa in più "da fare", perdendo in tal modo l'essenza del servizio fornito.

Non è più possibile pensare di erogare un'assistenza basata solamente sui principi empirici e sulle abitudini, è sempre più necessario, perché l'intervento assistenziale sia appunto fornito in termini di efficienza-efficacia-qualità, pianificare un'assistenza basandosi su principi scientifici, che garantisca al cittadino il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute e al professionista il giusto riconoscimento e propri spazi di autonomia, anche nell'ottica di un sempre più vicino "accreditamento professionale" che imporrà di esplicitare "cosa si fa" e "come lo si fa".

Può succedere comunque di chiedersi se ha ancora senso continuare a lavorare allo sviluppo di un'assistenza di qualità, in una situazione come quella attuale nella quale sono sempre più evidenti difficoltà legate alla carenza di risorse sia umane che materiali. La risposta a questi dubbi la si può trovare solo entrando in un'ottica diversa, pensando di ottimizzare le risorse di-

lo sviluppo del "grande cambiamento".

INTRODUZIONE

Il presente lavoro è scaturito dall'osservazione dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Azienda USL di Ferrara. Partendo da un'analisi della situazione, che è il primo "passaggio logico" da effettuare in ogni percorso di revisione organizzativa, si passa alle strategie di razionalizzazione delle risorse a disposizione ponendo l'accento soprattutto su quelle umane, che sono il "traino" di ogni cambiamento, ma non escludendo anche quelle strutturali e materiali che rappresentano comunque il supporto indispensabile per ogni attività, il tutto secondo l'ottica che offra requisiti di qualità per il cittadino e per i professionisti. Le strategie evidenziate si snodano secondo dei punti chiave che sono stati individuati soprattutto per chiarezza di esposizione, ma che naturalmente sono tra di loro fortemente collegati e interdipendenti.

Al termine del lavoro viene riportato un glossario per illustrare alcuni termini che non è stato possibile chiarire durante la stesura dell'elaborato.

UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA AZIENDA USL DI FERRARA

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Contesto storico e sociale

Il Reparto di Pediatria del Presidio Ospedaliero Est, è situato presso l'Ospedale S. Camillo di Comacchio ed è oggi l'unica Unità Operativa per l'assistenza Pediatrica Ospedaliera all'interno dell'Azienda USL di Ferrara, come previsto dal Piano Attuativo Locale.

Questo dato è indicativo della tipolo-

gia della domanda sanitaria, che a livello locale ripropone la tendenza nazionale di una popolazione con caratteristiche di "regressione" e conseguente aumento sia dell'età media che del numero di anziani e diminuzione dell'indice di natalità.

L'unità Operativa si trova presso l'Ospedale di Comacchio dal 28/12/96 a seguito della riconversione dell'Ospedale Civile di Codigoro in RSA (in quanto Ospedale con meno di 120 posti letto, secondo la L. 725 del '94) e il conseguente trasloco dei Reparti di Pediatria ed Ostetricia Ginecologica presso il Presidio di Comacchio.

Questo cambiamento ha influenzato le attività assistenziali del reparto, soprattutto per motivi di ordine logistico-strutturale e di spazi a disposizione. La nuova sistemazione, al 4° piano, ha richiesto degli interventi per garantire la sicurezza dei piccoli pazienti. Gli spazi a disposizione notevolmente ridotti rispetto a quelli previsti presso l'Ospedale di Codigoro, hanno imposto delle scelte di tipo organizzativo, come svolgere le attività ambulatoriali e di Day Hospital all'interno del Reparto di degenza ordinaria, e necessariamente limitare gli spazi destinati al gioco dei bambini ricoverati.

Domanda sanitaria: tipologia dell'utenza

L'utenza che afferisce all'Unità Operativa è rappresentata dalla popolazione in età pediatrica (0-16 anni) residente nel territorio aziendale ed extraaziendale.

Quest'ultima è prevalente soprattutto nei mesi estivi, a causa del notevole afflusso turistico richiamato dal vicino litorale dei Lidi Ferraresi. E' implicito che sono diversificati i bisogni di queste due tipologie di utenza, la prima è assistibile più spesso in regime di rico-

vero programmato, la seconda ricorre alla struttura per bisogni che rivestono quasi sempre carattere d'urgenza. Inoltre, è intuibile che l'utenza non residente, nei mesi estivi si va a sommare a quella già assistita lungo tutto l'arco dell'anno, incrementando così il numero totale di bambini accolti.

Inoltre richiedono interventi sanitari presso l'Unità Operativa, anche pazienti adulti, portatori di patologie croniche, che accedono al Reparto per cure di supporto.

Offerta sanitaria: risorse umane e materiali, tipologia di assistenza

La dotazione di posti letto ha subito variazioni nel tempo, seguendo le indicazioni del Piano Attuativo Locale; si è passati dai 16 (14 per ricoveri ordinari e 2 per i ricoveri in Day Hospital) previsti presso l'Ospedale di Codigoro agli 8 (6 per ricoveri ordinari e 2 di Day Hospital) previsti per il periodo dal 28/12/96 al 31/8/97; dal 1/9/97 ad oggi la dotazione è di 10 posti letto così suddivisi:

- 6 per i ricoveri ordinari in età pediatrica;
- 2 per i ricoveri in età neonatale (di nuova istituzione);
- 2 per i ricoveri in regime di Day Hospital.

Oltre ai pazienti in età neonatale e pediatrica l'Unità Operativa eroga assistenza a persone portatrici di patologie croniche, in particolare la fibrosi cistica, anche se già in età adulta, operando come Centro di supporto ai Centri di riferimento regionali.

Inoltre, mancando presso la struttura ospedaliera, un Reparto di ORL, la Divisione di Pediatria assiste i pazienti che subiscono interventi chirurgici, quali adenoidectomia e tonsillectomia, in regime di ricovero programmato.

L'attività ambulatoriale, che viene svolta all'interno dell'Unità Opera-

tiva, comprende alcune specialità quali l'allergologia, l'auxoendocrinologia, la neonatologia.

L'accesso al Reparto avviene secondo diverse modalità:

- indicazione del Pediatra di Base, che invia il paziente con richiesta di ricovero;
- accesso diretto (come previsto dalla normativa per alcune specialità, fra cui la Pediatria);
- accesso tramite il Pronto Soccorso.

L'attività del Reparto è assicurata dalla seguente dotazione organica:

- 9 Infermieri Professionali
- 1 Capo Sala
- 4 Medici al 1° livello dirigenziale
- 1 Medico al 2° livello dirigenziale.

Tale organico riesce a garantire l'assistenza infermieristica per 24 ore al giorno, sia ai piccoli pazienti degenti (ricovero ordinario e Day Hospital), che durante l'attività ambulatoriale d'urgenza e programmata e per l'effettuazione dei prelievi ematici agli utenti esterni. L'assistenza infermieristica è erogata secondo il modello tecnico "per compiti".

E' tuttora previsto che una sola figura infermieristica si occupi dell'assistenza ai pazienti in Day Hospital.

E' garantita una Guardia Medica Attiva per 12 ore al giorno e 12 ore di Pronta Disponibilità, per le attività di diagnosi e cura ai pazienti ricoverati e per l'attività ambulatoriale d'urgenza e programmata.

Le attività ausiliarie di supporto sono assicurate dall'appalto per il servizio di pulizia e da personale ausiliario che opera anche in altre Unità Operative e garantisce le attività di trasporto degenti e materiali, compreso il vitto.

Alcuni indicatori

Si è ritenuto opportuno riportare al-

cuni fra i classici indicatori di performance dell'attività ospedaliera in riferimento all'anno '97 (calcolati su 6 posti letto per il periodo compreso dal 1° gennaio fino al 31 agosto e su 8 posti letto per il periodo compreso dal 1° settembre fino al 31 dicembre), al fine di meglio orientare l'analisi dell'esistente.

Indicatori di utilizzo: esprimono in quale misura si è stabilito un contatto fra utenti e servizio:

- numero totale ricoveri in regime di degenza ordinaria: 534
- numero totale giorni di degenza ordinaria: 1561
- numero totale giorni di degenza in regime di DH: 694
- numero visite allergologiche: 367
- numero visite auxo-endocrinologiche: 128
- numero visite neonatologiche: 92
- numero visite accesso diretto: 2122
- numero visite pronto soccorso: 843
- prestazioni infermieristiche ambulatoriali (prelievi venosi e capillari, raccolta escreti e secreti per esami colturali, intradermoreazione di Mantoux, medicazioni, rilevazione parametri vitali, ECG, somministrazione terapia): 1106

Indicatori di flusso o d'intensità d'uso:

- degenza media (DM): 2,9
- occupazione media (OM): 64%
- indice di turn over (It): 1,63
- indice di rotazione (Ir): 79,43

STRATEGIE DI RAZIONALIZZAZIONE

Si è ritenuto opportuno evidenziare le strategie di razionalizzazione delle risorse per punti chiave, mettendo in rilievo le priorità assistenziali, che sono emerse facendo un'analisi degli eventi critici e dai

bisogni espressi dai professionisti infermieri operanti nell'Unità Operativa.

Punto nascita unico

Per individuare strategie di ottimizzazione delle risorse congruenti con la realtà è necessario partire dalle priorità imposte dall'istituzione. Infatti la creazione di un punto nascita unico per l'Azienda USL di Ferrara, che a partire dal mese di maggio 1998 sarà situato presso l'Ospedale di Comacchio (conseguente alla chiusura del Reparto di Ostetricia presso l'Ospedale di Portomaggiore e trasferimento della Sezione di Ginecologia presso quello di Argenta), impone di rivedere anche l'organizzazione dell'assistenza pediatrica.

La presenza di un unico punto nascita per tutta l'Azienda, rende necessario prevedere che le dimissioni dei neonati sani avvengano più precocemente di quanto non avveniva con la precedente organizzazione in quanto gli spazi a disposizione sono ridotti al fine di garantire il turn over delle pazienti. Questo naturalmente prevede che siano intensificati i controlli neonatologici prima della dimissione e soprattutto dopo per assicurare un adeguato supporto alla famiglia che gestisce il neonato. Tale cambiamento impone quindi un maggiore impegno soprattutto ambulatoriale e la creazione di un percorso assistenziale nuovo che garantisca continuità anche dopo la dimissione precoce, anche attraverso una integrazione del personale ospedaliero con quello territoriale, in particolar modo con quello operante nel Servizio Materno Infantile. Essendo, tale integrazione già esistente o in fase di implementazione per particolari problematiche come ad esempio il bambino portatore di handicap (Percorso Handicap), non sarà particolarmente dif-

ficoltoso ipotizzare nuovi momenti d'incontro anche in questo caso.

Istituzione posti letto per ricoveri per patologia neonatale

Dal mese di giugno 1998 è prevista l'istituzione di due posti letto per ricoveri di neonati che necessitano di cure perché nati di basso peso rispetto all'età gestazionale (Small For Date) o perché portatori di patologie che però non necessitano di cure intensive, rientrando quindi nel 2° livello assistenziale neonatale (il 1° è rappresentato dalle culle per i neonati sani, il 3° dalle cure intensive neonatali).

Tale innovazione è dovuta a motivi di ordine assistenziale, cioè per ridurre il disagio del trasferimento del neonato in un altro ospedale, ma anche per motivi di ordine economico gestionale, come la riduzione della mobilità passiva aziendale e la possibilità in tal modo di ridurre il costo punto DRG, raggiungendo gli obiettivi aziendali che ne prevedono una progressiva diminuzione fino ai limiti previsti dalla Regione.

E' naturale che questo rappresenti per tutti i professionisti un grande cambiamento e porterà a responsabilità assistenziali diverse e più complesse. Per poterle affrontare in modo adeguato è stato già effettuato uno stage formativo di tutto il personale infermieristico presso l'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara per apprendere a confrontare metodi e procedure assistenziali e organizzative. Sono inoltre da prevedere ulteriori momenti formativi e di confronto fra il personale medico ed infermieristico per assicurare modalità lavorative sempre più integrate e funzionali.

Questa nuova attività impone naturalmente un aumento dell'intensità assistenziale infermieristica, che

non può essere sostenuta dal personale attualmente previsto (9 Infermieri Professionali, 1 Capo Sala). Attualmente è assicurato il doppio turno solo al mattino, e per alcuni pomeriggi alla settimana, mentre per il turno notturno è attualmente previsto un solo IP.

La strategia ipotizzabile, in questo caso, che permetterebbe di non assumere "ex novo" altro personale, è così strutturata:

- individuazione di due figure fra il personale infermieristico già in servizio presso il Nido di Portomaggiore, che, come sopra evidenziato, risulterà in esubero dopo l'accorpamento del Reparto di Ostetricia presso l'Ospedale di Comacchio;
- questo personale è già in possesso di specifica professionalità ed esperienza in campo pediatrico e neonatologico, tale da garantirne l'immediata autonomia, riducendo drasticamente i tempi di inserimento che riguarderebbero solamente la conoscenza delle procedure esistenti nel Reparto e nell'Ospedale;
- il costo dovuto all'attribuzione di due nuove unità infermieristiche al Centro di Costo Pediatria, potrà essere sostenuto con la "produzione" di nuovi punti DRG per ricoveri per patologie neonatali e con la riduzione del costo per punto DRG previsto come obiettivo per l'anno '98, oppure potrà ribaltarsi anche su attività per esterni (ambulatoriali) e sul Reparto di Ostetricia per motivi meglio specificati più avanti;
- si viene in tal modo a raggiungere le 11 Unità infermieristiche che possono garantire il doppio turno infermieristico per tutte le 24 ore che permette di:
- distinguere il personale che si occupa dei neonati da quello che si occupa dei ricoveri generali pediatrici, che nella mag-

gior parte dei casi sono di natura infettiva;

- elaborare percorsi assistenziali in collaborazione con la Divisione di Ostetricia, che si concretizzano soprattutto nell'attività ambulatoriale neonatologica che dovrà essere quotidiana. Questa strategia potrà inoltre ulteriormente integrarsi con quanto esplicitato al punto precedente e cioè con il punto nascita unico, con le seguenti modalità:
- pur non essendo ancora state individuate le Aree Dipartimentali all'interno dell'Azienda USL, è ipotizzabile fin da ora una aggregazione organizzativa e un'integrazione di risorse fra Unità Operative che presentano caratteristiche di omogeneità e complementarietà, come in questo caso, l'Ostetricia e la Pediatria, almeno per quanto riguarda la "parte" che hanno in comune è cioè l'assistenza al neonato;
- essendo l'assistenza neonatologica, presso il reparto di Ostetricia, erogata secondo il sistema del "rooming-in", con un turn over forzatamente aumentato (si ipotizzano dimissioni in terza giornata), è pensabile un'integrazione con il personale infermieristico del Reparto di Pediatria, soprattutto in eventuali momenti in cui non vi siano neonati ricoverati o che non necessitano di elevata attività assistenziale, o in considerazione di una occupazione media dei posti letti che è piuttosto variabile;
- questo criterio di flessibilità è il fulcro della strategia presa in esame, anche in considerazione del fatto che questi cambiamenti organizzativi sono ancora in via di ultima definizione, ed è auspicabile una valutazione di quanto proposto a breve tempo che potrebbe portare anche a soluzioni alternative, come:
- una diversa distribuzione del

personale nelle 24 ore, prevedendo l'abolizione del doppio turno notturno, se non si sarà dimostrato un carico assistenziale che lo giustifichi, sostituendolo ad esempio con una pronta Disponibilità del personale infermieristico;

- l'utilizzo del personale infermieristico potrebbe essere ottimizzato al fine di coadiuvare il Reparto di Ostetricia nella gestione del rooming-in, essendo una modalità assistenziale che prevede molto tempo dedicato all'informazione e all'educazione della neo mamma, che va intensificata specialmente nel caso di dimissione precoce del neonato.

E' importante considerare di ottimizzare anche le risorse strutturali e materiali presenti, attraverso una diversa distribuzione e utilizzazione di spazi ed attrezzature. A tal fine si propone:

- che gli ambulatori siano situati fuori dal Reparto di degenza, al fine di ridurre il continuo passaggio di persone che rappresentano potenziali veicoli di infezione per i neonati ricoverati;
- che venga utilizzata in modo tassativo l'entrata alla "sezione" di neonatologia attraverso la "zona filtro" con l'adozione di idonee misure igieniche, sempre per il motivo sopra indicato;
- che vengano predisposti strumenti operativi (es. procedure) per l'utilizzo dei materiali presso la "sezione" di neonatologia, che permettano dove necessario l'utilizzo comune di alcuni materiali e presidi (minimizzazione dei costi), prevedendo però i dovuti momenti di pulizia, disinfezione, sterilizzazione.

Modello Professionale

Un punto importante da considerare tra le strategie da mettere in atto

per ottimizzare il servizio è il passaggio da un'assistenza infermieristica erogata secondo un modello tecnico "per compiti" ad una erogata secondo un modello professionale.

Questa evoluzione nel modo di erogare assistenza prevede un percorso formativo definito che può portare i professionisti ad un diverso grado di consapevolezza. E' prevedibile che, per poter attuare un simile processo, sia indispensabile un tempo di formazione e di sperimentazione di almeno 6 mesi dopo i quali fare le prime valutazioni ed eventuali riaggiustamenti del sistema.

Il modello tecnico si caratterizza perché investe in tecniche operative, strutture, modelli decisionali, che alla fine producono la professionalità. Gli operatori in questo modello hanno un ruolo prevalentemente esecutivo e quindi riduttivo, infatti il *cosa* fare e *come* fare sono predefiniti e a loro spetta appunto il compito di conoscerli e applicarli.

Il modello professionale invece investe in professionalità e alla fine si producono tecniche operative, strutture, modelli decisionali. Sono gli operatori stessi che ricercano e decidono le modalità migliori, cioè il *cosa* e il *come* fare. In questo modello, il ruolo della risorsa umana è senz'altro più autonomo, più attivo, più creativo e quindi più responsabile.

Il modello tecnico è un modello molto certo, il modello professionale è invece un modello incerto, in quanto lascia molta autonomia e discrezionalità agli operatori.

Un professionista di questo tipo è anche più flessibile e la flessibilità è l'elemento cardine per ogni tentativo di cambiamento, primo fra tutti quello di accogliere la cultura della qualità totale dei servizi sanitari, cioè di un sistema che possa soddisfare il cliente interno (pro-

fessionista) ed il cliente esterno (fruitore/utente) e non solo la minimizzazione dei costi di produzione.

Può essere solo attraverso un modello professionale di lavoro che si possono raggiungere gli obiettivi dell'istituzione che la valorizzazione dell'operatore e la soddisfazione del cittadino. E' ovvio che entrare in questa nuova ottica, rappresenta un notevole sforzo da parte dei professionisti.

Lo strumento indispensabile per poter superare le modalità operative per compiti e mansioni, cioè quella che Mintzberg chiama la "standardizzazione dei processi di lavoro e produzione" ed andare verso il "coordinamento della standardizzazione delle capacità", è rappresentato da un modello concettuale di riferimento.

Si è pensato di poter utilizzare il Modello delle Prestazioni Infermieristiche elaborato dalla Scuola Universitaria di discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano (SUDI), in quanto rappresenta la prima concettualizzazione dell'assistenza infermieristica italiana e risulta in tal modo bene applicabile alla realtà in oggetto, considerando anche che vi sono già diversi esempi dell'applicazione di tale modello in ambito pediatrico.

Il personale infermieristico del Reparto di Pediatria, utilizza, quale strumento informativo-gestionale un'unica cartella integrata con il personale medico, che risulta in tal modo suddivisa in due sezioni, una riguardante i problemi clinici, e quindi di pertinenza medica, ed una per i problemi assistenziali, utilizzata dagli Infermieri. Questo strumento, pur non avendo esplicitato per la parte di competenza infermieristica alcun quadro di riferimento, è comunque da considerarsi già un discreto elemento di vantaggio in quanto tutto il personale

collabora per avere in un unico documento tutte le informazioni riguardanti il bambino e la sua famiglia.

Un altro strumento importante per la gestione del lavoro infermieristico è rappresentato dal piano delle attività. Tale programmazione, non può ancora essere un piano di lavoro, vista la tipologia di assistenza tuttora erogata, ma il passaggio ad un modello professionale, permetterà anche di progettare obiettivi comuni, che convergeranno in un piano di lavoro che permetterà quindi anche una valutazione dei risultati. Per ora la proposta di un piano di attività rappresenta una tappa intermedia per orientare i professionisti ad esplicitare il loro operato.

Settorializzazione

Una modalità che consente di utilizzare al meglio la risorsa cartella infermieristica, è senz'altro rappresentato dalla settorializzazione del Reparto, in modo da non parcellizzare l'utente. La settorializzazione dell'Unità Operativa può avvenire per criteri topografici o per tipologia di pazienti. Nel Reparto di Pediatria, praticamente, i due criteri coincidono in quanto i bambini vengono accolti in stanze diverse secondo il tipo di patologia e l'età. Sarà possibile prevedere che ogni Infermiere si occupi di cinque bimbi, adottando comunque un comportamento flessibile, considerato anche il diverso peso assistenziale che comporta, ad esempio, la cura del neonato.

Day Hospital

L'assistenza infermieristica ai piccoli pazienti ricoverati in regime di ricovero diurno è stata finora assicurata da una sola figura infermieristica. Si ritiene che tale scelta, possa senz'altro avere dei vantaggi

riguardo alla competenza che tale Infermiere ha acquisito nel tempo, ma senz'altro risulta essere riduttiva, soprattutto nel momento in cui si rende necessaria la sua sostituzione in caso di assenza. Inoltre quest'ottica favorisce comunque la specializzazione per compiti, rischiando di ricadere nel modello tecnico che si sta appunto cercando di superare. E' proponibile che vi siano più figure che possano divenire esperte nell'assistenza in Day Hospital, cioè che siano "intercambiabili" e non più chiuse dentro una sola parte dell'organizzazione.

Ciò non vuole essere un ritorno all'Infermiere polivalente, ma vuole essere un modo di approcciarsi più elastico che consente, non di svolgere correttamente il compito, ma di raggiungere l'obiettivo finale, cioè garantire un'adeguata assistenza al bambino durante il ricovero diurno; anche in considerazione del fatto che rappresenta una modalità preferenziale di assistenza perché riduce il trauma da ospedalizzazione.

Accesso Diretto e Ricovero d'Urgenza

Tali modalità di accesso all'Unità Operativa rappresentano un momento particolarmente delicato nell'accoglimento del bambino. Il problema si fa ancora più cogente nei mesi estivi, in quanto, come sovrapposto, vi è un aumento della popolazione da assistere per il flusso turistico. Alcuni eventi critici, soprattutto nell'evidenziare le priorità d'intervento in caso di più accessi contemporaneamente, hanno imposto di porre particolare attenzione a tale problematica. Si è ritenuto che potessero essere di ausilio alcune linee guida che potessero uniformare il comportamento degli operatori, riportate in allegato.

Come ricordato il problema dell'assistenza ai turisti nei mesi estivi, ha posto l'attenzione anche su

un'altra problematica e cioè il fatto che oltre il 50% di questi utenti è straniero, con evidenti difficoltà nella comunicazione, specialmente se è necessario utilizzare un linguaggio scientifico. Per ovviare, almeno in parte, a tale inconveniente si sta procedendo ad ultimare le traduzioni scritte (inglese, francese, tedesco) delle principali raccomandazioni o quesiti da porre alla famiglia del bambino, come ad esempio il modulo per il consenso informato, per la dimissione contro il parere dei sanitari, linee guida da utilizzarsi in caso di trauma cranico e di convulsioni.

Settori di responsabilità trasversali

Sono stati individuati dei settori di responsabilità trasversali attribuiti agli Infermieri nel rispetto delle preferenze personali. Tale strategia permette di responsabilizzare i professionisti e di favorire il controllo su alcune attività che più facilmente sono trascurate favorendo così un ambiente più sicuro e funzionale. Essendo la sicurezza uno dei primi requisiti di qualità, si è ritenuto individuare queste aree, e riportarle nel piano delle attività. A titolo esemplificativo se ne ricordano alcune: corretta tenuta e controllo scadenze di farmaci, presidi; controllo materiale per urgenze, ecc.

Gestione risorse materiali

L'Infermiere si trova sempre più di frequente a confrontarsi anche con problematiche che riguardano la diminuzione dei costi relativi al consumo di presidi o materiali utilizzati nella pratica quotidiana. A tal fine, affinché tutti gli operatori possano essere responsabilizzati, è importante che si preveda il coinvolgimento del personale infermieristico anche in sede di definizione

del budget annuale, che possa far comprendere pienamente il proprio ruolo anche in questo momento organizzativo.

Formazione

Rappresenta la strategia che comprende e giustifica tutte le altre. Senza un adeguato percorso formativo del personale infermieristico è impensabile progettare qualsiasi vero cambiamento. Nel caso in questione, la formazione andrà orientata all'acquisizione di elementi per erogare un'assistenza personalizzata e di far percepire la filosofia della qualità totale, all'insegna del miglioramento continuo. L'Unità Operativa di Pediatria si è caratterizzata nel tempo per essere stata tra le prime ad essere inserite in alcune iniziative aziendali ed extraaziendali, tra cui il PQP (Progetto Qualità Pediatria), e ha già ricevuto un Audit per la valutazione complessiva del servizio erogato. Dal punto di vista strettamente infermieristico la strada da percorrere è ancora molta per implementare un vero e proprio percorso di qualità ma le basi sono già gettate. E' ipotizzabile infatti che a breve termine si possa valutare l'operato degli Infermieri che lavorano in questa Unità Operativa confrontandolo con quanto previsto dalle Linee Guida Regionali per l'Accreditamento Professionale (Carta di Riccione), evidenziando così le "zone d'ombra" e fra queste le priorità di miglioramento. Si possono prevedere, in questo percorso di revisione fra pari, dei momenti di incontro fra i professionisti al fine di stabilire degli standard di processo e di risultato, benché sia più complesso per questi ultimi. E' naturale che quanto esposto sia un processo che non termina con l'esecuzione delle operazioni sopradescritte, ma si sviluppa continuamente secondo la filosofia del

CQI, Continuous Quality Improvement, ovvero secondo il miglioramento continuo della qualità.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le strategie utilizzate sono diverse e intercorrelate fra loro, è naturale che la loro elencazione non vuole essere un'idea utopistica e avulsa dalla realtà, in quanto è comprensibile che non sono attuabili tutte contemporaneamente. Inoltre, vi sono delle proposte operative ed altre più teoriche, ma ciò che si vuole progettare non è una rivoluzione ma un processo di cambiamento graduale e calibrato alle capacità, all'ambiente e alle risorse partendo dagli obiettivi che si ritengono prioritari. E' necessario prevedere che ogni progetto di cambiamento dovrà adattarsi agli obiettivi previsti dalla pianificazione strategica aziendale e quindi in ultima analisi alla mission dell'Azienda stessa.

Infine, è importante specificare che ogni singola Unità Operativa non può mirare a perseguire ed ottimizzare solamente i propri obiettivi, ma è coinvolta nel renderli coerenti con gli obiettivi degli altri Settori, Servizi, dipartimenti dell'Azienda nel suo complesso.

GLOSSARIO

BASED EVIDENCE NURSING: assistenza infermieristica basata sull'evidenza scientifica.

BUDGET: uno degli strumenti del controllo di gestione aziendale, inteso come pianificazione, programmazione e controllo delle attività, ovvero come il processo formale attraverso il quale, periodicamente, sono definiti in modo esplicito gli obiettivi aziendali, l'impiego e l'allocazione delle risorse.

CENTRO DI COSTO: unità azien-

dale elementare, ovvero unità organizzativa che svolge una specifica attività sotto il controllo e la responsabilità di un responsabile.

DOMANDA SANITARIA: richiesta di intervento da parte degli utenti nei confronti dei Servizi Sanitari.

DRG: sistema di classificazione della casistica ospedaliera di ricovero fondato sul principio di attribuzione ai pazienti a classi omogenee rispetto caratteristiche cliniche e assistenziali e, quindi presumibilmente omogenee anche rispetto ai profili di trattamento e alle risorse consumate (sistema iso-risorse).

EFFICACIA: Capacità di raggiungere il risultato desiderato.

EFFICIENZA: Capacità di produrre migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero di produrre gli stessi risultati con un minore impiego di risorse.

INDICATORE: Informazione selezionata che consente di misurare e monitorare aspetti specifici delle politiche sanitarie e/o dei fattori pertinenti i fenomeni in studio per operare confronti ed esprimere giudizi.

INDICE DI DEGENZA MEDIA (DM): indicatore che misura quanti giorni mediamente ciascun utente è stato ricoverato.

INDICE DI OCCUPAZIONE MEDIA (OM): indica i posti letto occupati e indirettamente quelli rimasti vuoti e che si potevano usare per altri ricoveri o a parità di ricoveri degenze medie più lunghe.

INDICE DI ROTAZIONE (Ir): indica il numero di ricoveri mediamente "sopportati" da ogni posto letto in un tempo di riferimento.

INDICE DI TURN OVER (It): esprime quanto tempo mediamente, un posto letto rimane inutilizzato, ovvero quanto tempo intercorre

tra la dimissione di un paziente e il ricovero successivo.

MISSION: motivo per cui un'organizzazione, un'azione, un processo esiste, è agita, viene prodotta.

OFFERTA SANITARIA: messa a

disposizione di beni e/o servizi da parte dei Servizi Sanitari.

QUALITÀ: insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del

cliente/fruitori.

QUALITÀ TOTALE: filosofia, tessuto connettivo di tutto l'agire organizzativo in funzione del miglioramento continuo, orientato al cliente/fruitori e incentrato sulla risorsa professionale.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Zanetti e Coll., *Il Medico e il Management*, Accademia Nazionale di Medicina.
- 2 M. Cantarelli, *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Masson.
- 3 Atti del 4° Convegno Assistenza Infermieristica (1997), *Essere Infermieri nella cultura della qualità* - Bologna, 4/5 aprile 1997.
- 4 Gianni Tognoni, *Qualità: i tanti destini di una parola*, La rivista dell'Infermiere, 3/95.
- 5 Carlo Calamandrei, *L'Infermiere professionale abilitato a funzioni direttive*, Nuova Italia Scientifica.
- 6 Atti del 2° Convegno Nazionale, *Caposala e direzione per obiettivi*, Firenze, 13 e 14 maggio 1987.
- 7 Orlando Bassetti, *I confini dell'autonomia e della responsabilità infermieristica*, Rosini Editrice 1995.
- 8 Orlando Bassetti, *Lo specifico infermieristico*, Rosini Editrice, 1993.
- 9 Carlo Calamandrei, *L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi*, Nuova Italia scientifica, 1992.
- 10 Giuseppe La Greca, *Lo specifico infermieristico*, CESPI, 1993.
- 11 Giuliana Pitacco, *Materiale del corso di aggiornamento di Urologia pediatrica per Infermieri Professionali* - Ferrara, 11 maggio 1993.
- 12 Atti del Convegno *Il neonato patologico, la sua famiglia, gli operatori sanitari - Percorsi innovativi in neonatologia, aspetti assistenziali e organizzativi*, Monza, 31 maggio 1994.
- 13 Luca Benci, *Aspetti Giuridici della Professione Infermieristica - Elementi di legislazione sanitaria*, McGraw-Hill, Milano 1995.
- 14 Atti del Convegno *Qualità e Accreditamento: presente e futuro delle organizzazioni sanitarie*, Bologna, 26-27 marzo 1998.
- 15 Linee Guida della Regione Emilia Romagna per l'Accreditamento.
- 16 Henry Mintzberg, *La Progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino.

LINEE GUIDA PER IL RICOVERO D'URGENZA PRESSO LA DIVISIONE DI PEDIATRIA DELL'OSPEDALE DI COMACCHIO - PRESIDIO OSPEDALIERO EST - AZIENDA USL DI FERRARA

OBIETTIVO GENERALE: garantire l'uniformità del comportamento del personale infermieristico nell'accoglimento del bambino che necessita di ricovero urgente.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- garantire una valutazione tempestiva delle condizioni generali del paziente per decidere i tempi e le modalità di intervento;
- instaurare un rapporto di chiarezza e fiducia con il bambino ed i genitori, al fine di attenuare lo stato di ansia e di paura legati al momento del ricovero;
- valutare le condizioni del paziente al fine di attuare le prime prestazioni assistenziali e decidere l'adeguata assegnazione del posto letto;
- assicurare la corretta applicazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche prescritte dal medico.

TIPOLOGIA DEI RICOVERI URGENTI:

- pazienti che accedono direttamente al reparto con Accesso Diretto;
- pazienti inviati dal curante per ricovero urgente;
- pazienti provenienti dal Pronto Soccorso Generale per ricovero urgente.

PROCEDURA:

- 1) Raccolta dei dati essenziali per valutare il grado di urgenza-emergenza
 - * anamnesi da colloquio/intervista al paziente o ai familiari o agli accompagnatori;
 - * osservazione e valutazione dei segni vitali e/o sintomi;
 - * visione della documentazione clinica del paziente.
- 2) Collaborazione con il medico durante la visita e le procedure per il ricovero:
 - * rilevazione dei parametri vitali: PA, TC, FC;
 - * rilevazione del peso, dell'altezza ed entro il primo anno di vita la CC;
 - * applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.
- 3) Impostazione delle procedure amministrative:
 - * completamento del modulo di Pronto Soccorso (composto di 5 pagine) e conservazione della pagina n. 2 da allegare alla cartella clinica;
 - * ricerca della cartella clinica relativa ad eventuali precedenti ricoveri nel nostro reparto, oppure
 - * compilazione di una nuova cartella clinica se si tratta del primo ricovero.
- 4) Accompagnare il paziente ed i genitori al letto loro assegnato in base all'età ed alla diagnosi d'ingresso fornendo informazioni circa:
 - * le norme che regolano la permanenza in ospedale ed in reparto;
 - * gli spazi dove sistemare gli oggetti personali consegnando l'apposito libretto esplicativo.

INFERMIERE COLLETO

**LINEE GUIDA PER L'ACCESSO DIRETTO DEL PAZIENTE ALLA DIVISIONE DI PEDIATRIA
DELL'OSPEDALE DI COMACCHIO - PRESIDIO OSPEDALIERO EST - AZIENDA USL DI FERRARA**

OBIETTIVO GENERALE: garantire l'uniformità del comportamento del personale infermieristico nell'accoglimento del bambino.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- garantire una valutazione tempestiva delle condizioni generali del paziente per decidere i tempi e le modalità di intervento;
- instaurare fin dal primo momento un rapporto di chiarezza e fiducia con il bambino ed i genitori, che garantisca la risposta dei bisogni del piccolo paziente;
- assicurare un'adeguata assistenza infermieristica e la corretta applicazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche prescritte dal medico;
- valutare la priorità di intervento in caso di arrivo contemporaneo di più utenti, che garantisca un'approccio con la struttura ospedaliera rispettoso dei tempi e delle esigenze da ambo le parti.

ORARIO DI ACCESSO DIRETTO:

dal lunedì al venerdì 8,30-20,00; sabato 8,30-13,00.

TIPOLOGIA DEGLI ACCESSI DIRETTI:

- pazienti che accedono direttamente al reparto senza impegnativa o richieste di consulenze;
- pazienti inviati dal curante per consulenze e/o ricovero;
- pazienti provenienti dal Pronto Soccorso Generale come consulenza o ricovero;
- pazienti invitati a presentarsi in Reparto dopo consulto telefonico con il Personale.

PROCEDURA:

- 1) Raccolta dei dati essenziali per valutare il grado di urgenza-emergenza
 - * anamnesi da colloquio/intervista al paziente o ai familiari o agli accompagnatori;
 - * osservazione e rilevazione dei dati clinici e dei segni vitali attraverso l'uso di strumenti base (termometro, sfigmomanometro, bilancia, metro, multistick, destrostick)
 - * presa visione della documentazione clinica del paziente