



***Università degli Studi di Roma “La
Sapienza”***

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo didattico di Latina

Sezione di Terracina

Corso di Laurea per “Infermiere Generale e Pediatrico”

**IL PROGETTO DI ACCREDITAMENTO DELLE
STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO**

**MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’
ASSISTENZIALE**

Relatore

Dott.ssa Anna Maria Romani

Candidato

Simone Percoco

Matricola 03091302

Correlatore

D.A.I. Sandra Ravazzolo

Anno Accademico 2001/2002

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

La dott.sa Moscatelli, Direttore Sanitario Azienda Policlinico Umberto I per le autorizzazioni concesse;

Il prof. Bertazzoni Giuliano, Primario D.E.A. II livello Policlinico Umberto I per aver autorizzato l'accesso ai dati;

La dott.sa Suppa Marianna, per aver fornito i dati d'accesso al D.E.A. del Policlinico Umberto I;

Il dott. Cerqua Giannantonio, Primario D.E.A. S. Giovanni Addolorata per aver autorizzato l'accesso ai dati;

Il dott. Fabi Fabrizio, per aver fornito i dati d'accesso al D.E.A. del S. Giovanni Addolorata;

Il dott. Pagnanelli Adolfo, Primario del D.E.A. di Latina per aver autorizzato e fornito i dati sugli accessi al D.E.A.;

Il dott. Guidi Alberto, Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso Ospedale "Fiorini" di Terracina per aver autorizzato l'accesso ai dati;

Il sig. Russo Luigi, Caposala dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso Ospedale "Fiorini" di Terracina per aver fornito i dati di accesso al Pronto Soccorso;

Il dott. Marzullo Alessandro, membro della Commissione Parlamentare per l'Infanzia per il reperimento delle normative nazionali.

La dott.sa Miccoli Lucilla, Assessorato Sanità, Dipartimento Sociale Area 10/E della Regione Lazio, per aver fornito i dati sulla remunerazione delle strutture e tutta la normativa regionale in merito;

La dott.sa Polenta Antonella, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio per aver fornito la normativa sul sistema G.I.P.S.E..

“Incipit vita nova”

(Dante Alighieri)

PREMESSA

L’infermiere era fino a poco tempo fa un semplice esecutore d’ordini impartiti da altri e limitato nella propria azione dal cosiddetto mansionario.

Ora, accresciuto professionalmente, dotato di formazione specifica, ampliato nelle competenze dai profili professionali e dall’autonomo codice deontologico, diventa un professionista della Sanità responsabilizzato nella propria sfera d’azione da scelte decisionali autonome.

In Pronto Soccorso la professionalità, la decisionalità e la capacità discriminante dell’Infermiere sono un momento fondamentale per il successo assistenziale al malato.

Questo studio si propone di verificare se ed in che modo è migliorata la qualità assistenziale con l'introduzione della riforma sanitaria nelle Unità Operative servizio di Pronto Soccorso nonché l'autonomia decisionale dell'infermiere con l'innovazione del triage.

A tal fine sono stati presi in esame gli accessi ai servizi d'emergenza di quattro strutture ospedaliere (2 D.E.A. di II livello; 1 D.E.A. di I livello; 1 Pronto Soccorso) quali:

Azienda Policlinico Umberto I (Roma) – D.E.A. di II livello.

Azienda S. Giovanni Addolorata (Roma) – D.E.A. di II livello.

Azienda Sanitaria Locale Latina (Latina) – D.E.A. I livello (Ospedale S. Maria Goretti).

Azienda Sanitaria Locale Latina (Terracina) – Pronto Soccorso (Ospedale Alfredo Fiorini).

Bisogna quindi essere ben consapevoli che un infermiere “realizzato” non può che ulteriormente migliorare la qualità del servizio.

NOTA METODOLOGICA E RIFERIMENTI LEGISLATIVI

La legislazione prevede che le Regioni procedano all'Accreditamento dei Servizi di Pronto Soccorso del Servizio Sanitario Nazionale per via istituzionale.

Questa procedura fa sì che gli stessi servizi rispettino delle caratteristiche che la legislazione stessa determina, per offrire al cittadino-utente una maggiore qualità del servizio stesso (riferimenti normativi D. Lgs. del 30/12/1992 n. 502; D. Lgs. 19/06/1999 n. 229).

Per Accreditamento s'intende che un servizio di Pronto Soccorso, nonché la struttura che lo ospita, rispetti dei requisiti stabiliti dalle leggi vigenti in materia.

Alcune Regioni hanno già deliberato i criteri per l'Accreditamento inserendo nel progetto istituzionale criteri derivati dal percorso per l'Eccellenza (=miglioramento massimo per la qualità di un servizio che

viene offerto), anche la Regione Lazio, attraverso una commissione della Sanità sta elaborando un progetto di Accredimento Istituzionale.

L'art. 19-bis punto 1 del Decreto Legislativo del 30/12/1992 n. 502 istituisce “Una commissione nazionale per l'accredimento e la qualità dei servizi sanitari.

Con regolamento adottato su proposta del Ministro della Salute, ai sensi dell'art. 17 comma 1 della legge 23 agosto 1988 n. 400, sono disciplinate le modalità d'organizzazione e funzionamento della Commissione per l'accredimento e la qualità dei servizi sanitari, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia d'organizzazione e programmazione dei servizi, economia edilizia e sicurezza nel settore della sanità”.

Questa commissione, dice il *punto 2* “Si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali con i seguenti compiti:

- Definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accredimento delle strutture pubbliche e private,
- Valuta l'attuazione del modello d'accredimento delle strutture pubbliche e per le strutture private,
- Esamina le attività di monitoraggio e trasmette annualmente al Ministro della Sanità una relazione sull'attività svolta”.

Al *punto 3* si sancisce che “Le regioni valutano le modalità e gli strumenti per la verifica dell’attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione Nazionale i risultati dell’attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure d’accredimento”.

L’art. 5 del D.P.R. 27 marzo 1992 (pubblicato G.U. 31/03/1992 n 76) disciplina le attività e puntualizza: “Gli interventi d’emergenza sono classificati mediante appositi codici”.

Il successivo art. 6 definisce che “Fermo restando quanto previsto dall’art. 14 del D.P.R. 27 marzo 1969 in materia d’accettazione sanitaria, il sistema d’emergenza sanitaria assicura:

- Il servizio di Pronto Soccorso;
- Il Dipartimento d’Emergenza;

Il Dipartimento d’Emergenza ed Accettazione (D.E.A.) viene così classificato e si differenzia dal servizio di Pronto Soccorso in base alle alte specialità che possiede la struttura che lo ospita (es. neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.)

L’art. 7 sancisce che: “L’ospedale sede di Pronto Soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici d’urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo

accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

La responsabilità delle attività di Pronto Soccorso ed il collegamento con le specialità di cui è dotato l'Ospedale sono attribuiti normativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un medico con qualifica non inferiore ad aiuto (oggi dirigente di I livello), con documentata esperienza nel settore”.

Gli oneri, secondo l'art. 11 “Di trasporto e soccorso sono a carico del S.S.N. solo se il trasporto è disposto dalla Centrale Operativa (118) e comporta il ricovero del paziente.

Gli oneri sono altresì a carico del S.S.N. anche in mancanza di ricovero determinato da accertamenti effettuati al pronto soccorso.

Fanno carico al S.S.N., altresì, i trasferimenti tra sedi ospedaliere disposti dall'ospedale.

Il Pronto Soccorso quindi deve avere le seguenti caratteristiche:

1. E' un servizio che fa fronte a richieste non programmabili e vede un afflusso non preordinato di pazienti con necessità di cure diverse;

2. E' una risorsa specialistica di rapido accesso che risponde ad esigenze indifferibili, e nell'emergenza diventa risorsa polispecialistica;
3. Deve effettuare la selezione dei pazienti ed attribuire le priorità d'intervento (Triage);
4. Esercita funzioni d'accettazione sanitaria e di ricovero urgente;
5. Organizza, d'intesa con la Centrale Operativa (118) il trasporto protetto;
6. Esercita un ruolo fondamentale nella catena dei soccorsi in caso di catastrofe.

Il personale infermieristico, cita l'art. 10 "Può essere autorizzato a svolgere tutte le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".

L'incremento della domanda assistenziale associata alla crescente richiesta di qualità e monitoraggio delle prestazioni erogate, ha indotto la Regione Lazio ad avviare l'informatizzazione di tutti i Dipartimenti d'Emergenza ed Accettazione e dei servizi di Pronto Soccorso esistenti sul proprio territorio al fine di ottimizzare e velocizzare, a regime, il lavoro dell'equipe medica ed infermieristica.

IL SISTEMA G.I.P.S.E.

Nell'ambito della riorganizzazione del sistema Emergenza/Urgenza del Lazio, l'esigenza di valutare le caratteristiche della domanda di cure urgenti, il processo assistenziale ed i suoi esiti ha giustificato l'istituzione, a livello regionale, del Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES) ad integrazione del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Nel 1997 (DGR n° 2910 del 20.05.1997) è stato affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (oggi Agenzia di Sanità Pubblica) il compito di integrare i flussi SIO, relativi, principalmente, alla scheda di dimissione ospedaliera, con una rilevazione analitica delle prestazioni di Pronto Soccorso e di sperimentare sistemi di classificazione di tali prestazioni finalizzati alla loro remunerazione.

Nell'ambito del piano per l'organizzazione del sistema di Emergenza/Urgenza nel Lazio (DRG n° 4238 del 08.07.1997) viene affermata l'esigenza di un sistema informativo che preveda la registrazione omogenea delle attività ospedaliere di Pronto Soccorso/DEA.

Nel periodo 1 luglio – 30 settembre 1998, ha avuto luogo una sperimentazione del SIES (rilevazione dati, flussi informativi e programmi d'archiviazione e di controllo di qualità) presso 7 strutture della regione (1 DEA II, 4 DEA I, 2 PS).

Il protocollo d'intesa, sottoscritto dall'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute e dagli amministratori delegati di Sago ed Olivetti Sanità, prevedeva una partnership tra i tre soggetti interessati finalizzata a:

- definire le caratteristiche, progettare e realizzare un nuovo programma informatizzato per la gestione del SIES nel Lazio (GIPSE);
- cedere alle Aziende Sanitarie locali ed a tutte le strutture di Pronto Soccorso del Lazio che ne facciano richiesta, senza oneri per le medesime, la licenza d'uso del nuovo programma;
- fornire alle strutture di PS aderenti al progetto un pacchetto base di servizi finalizzato all'efficace adozione del nuovo prodotto, alla sua integrazione nella struttura organizzativa ed informatica esistente ed al supporto tecnico post-installazione (assistenza e manutenzione).

GIPSE, pertanto, non è stata la semplice realizzazione di un software (né tanto meno l'acquisto e la distribuzione di un programma già

disponibile), ma un progetto complesso, in cui ognuno dei partner ha offerto il suo specifico contributo di competenze e di risorse.

Attraverso la procedura GIPSE è possibile identificare con sicurezza e chiarezza i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso, i dati anagrafici rilevanti ed in particolare:

- Richieste analisi di laboratorio;
- Richieste esami strumentali;
- Consulenze;
- Referti;

La ricerca di referti, schede pazienti ed altra documentazione medico/legale viene in tal modo facilitata e semplificata rispetto alla ricerca di moduli cartacei che spesso si rivela lenta e poco efficace.

Il rapporto di scambio informativo e di dialogo con servizi/reparti collegati con il Pronto Soccorso risulta pertanto facilitato dalla disponibilità/condivisione di dati ed informazioni cliniche rilevate in modo chiaro e corretto.

Tale aspetto contribuisce ad instaurare un clima di migliore collaborazione tra tutti gli operatori sanitari dell'ospedale.

Le strutture della rete d'emergenza regionale dotate di Pronto Soccorso che hanno aderito al Progetto GIPSE sono pari al 90%.

In particolare, partecipano al Progetto 7 DEA di II livello su 7, 14 DEA di I livello su 18 e 31 PS su 34. (tab. 1)

Tabella 1 – Adesioni al progetto GIPSE per tipologia di PS/DEA

AZIENDE	PS	DEA I	DEA II
ASL ROMA A	1	2	
ASL ROMA B	1		
ASL ROMA C			1*
ASL ROMA D		1	
ASL ROMA E	2	1	
ASL ROMA F	1	1	
ASL ROMA G	4	1	
ASL ROMA H	4	2	
ASL LATINA	6	2	
ASL FROSINONE	5	2	
ASL RIETI	2	1	
ASL VITERBO	5	1	
AO/AU/IRCCS			6

* DEA di II livello del complesso ospedaliero S Eugenio – C.T.O. articolato in due Pronto Soccorso.

Al fine di integrare il collegamento informatico ed operativo tra sistema d'allarme (Lazio Soccorso 118) e sistema ospedaliero, in particolare con i PS/DEA della rete regionale d'emergenza, l'Agenzia di Sanità pubblica della Regione Lazio si è attivata per rendere fattiva l'integrazione tra GIPSE ed il sistema informatico di supporto al 118.

Lo scambio informativo è orientato, da un lato, ad allertare le strutture d'emergenza fornendo l'elenco dei pazienti che stanno arrivando, dall'altro fornire un dettaglio sul tipo di paziente e di conseguenza sulle risorse da predisporre per ottimizzare l'intervento stesso.

Conclusasi la fase sperimentale, il sistema verrà implementato presso i Pronto Soccorso ed i Dipartimenti d'Emergenza di I e II livello del Comune di Roma e quindi su tutto il territorio regionale.

I servizi d'emergenza quindi, sono chiamati a svolgere una funzione di filtro per garantire sia l'identificazione del problema clinico e gli eventuali percorsi diagnostici, sia la non ospedalizzazione dei pazienti che possono trovare una risposta sanitaria appropriata su territorio.

Il termine Triage deriva dal francese "trier" che significa scegliere, selezionare; nell'accezione moderna del termine ha la finalità di stabilire la priorità d'accesso alla visita medica.

Con l'uso del Triage, i servizi d'emergenza hanno anche una funzione di filtro con possibilità di valutare la priorità per il tipo di patologia.

Considerando il grande afflusso di pazienti nei D.E.A. e nei servizi di Pronto Soccorso il **trriage è divenuto una modalità d'accoglienza indispensabile** per il raggiungimento di obiettivi quali:

- Mantenere l'efficienza complessiva delle strutture deputate all'emergenza-urgenza;

- Eliminare o ridurre al minimo il ritardo nell'intervento sul paziente urgente;
- Sala di attesa meglio organizzata;
- Sorveglianza e rivalutazione dei pazienti nell'attesa;
- Possibilità di eseguire ancora prima della visita medica alcune valutazioni cliniche (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.) e strumentali (elettrocardiogramma, ecc.).

L'organizzazione per il cittadino/utente dovrebbe essere attuata secondo tre criteri quali:

1. I cittadini/utenti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e trattamento.
2. I cittadini/utenti devono essere sottoposti a valutazione dei bisogni secondo procedure stabilite (TRIAGE).
3. Relazione scritta conclusiva del percorso diagnostico-terapeutico per garantire la continuità assistenziale con il medico curante.

Le strutture che dovrebbero essere presenti in un Pronto Soccorso sono:

- Locale/spazio per il Triage;
- Almeno due locali per le attività di P.S. ed un locale attrezzato per l'emergenza;
- Area per l'osservazione temporanea;

- Locale per la degenza breve (D.E.A. di I e II livello);
- Posti letto di terapia sub intensiva nell'area di degenza della Medicina d'Urgenza.

Per quanto riguarda le attrezzature, il servizio di emergenza in relazione alla tipologia della struttura, deve detenere la documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature stesse.

La Legge ministeriale n° 1/1996 “Sistema di Emergenza Urgenza” conferma tale impianto organizzativo e definisce le funzioni di Triage infermieristico inteso come primo momento di accoglienza dei pazienti secondo criteri definiti che consentano di stabilire le priorità d'intervento.

Le Leggi specificano anche le funzioni di accettazione con la diversificazione organizzativa e funzionale dell'accettazione dei ricoveri programmati, dell'attività di Pronto Soccorso, questo per non ostacolare l'adeguata risposta al bisogno di Emergenza-Urgenza.

In un articolo de “Il Messaggero” del 08 novembre 2001 l'assessore regionale alla sanità Vincenzo Saraceni dice: “Si parla tanto del ticket sui cosiddetti codici bianchi cioè tutte quelle prestazioni effettuate nei P.S. ospedalieri ma che non hanno nessuna caratteristica d'urgenza.

Ebbene anche introducendo una tassa non risolveremmo il problema.

Per evitare i ricoveri impropri che costano miliardi alla Regione, stiamo studiando una serie di sistemi di controllo come verifiche rigorose delle cartelle cliniche dei ricoverati.

Interverremo anche sul problema dei codici bianchi nei Pronto Soccorso che hanno un doppio costo: uno economico che è legato al sistema sanitario che viene attivato ogni volta, uno sociale perché il trattamento d'urgenza risulta di conseguenza meno efficace”.

CAPITOLO 1

L'INFERMIERE NELL'EMERGENZA EXTRA ED INTRAOSPEDALIERA

Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito a profonde mutazioni all'interno del panorama sanitario: abbiamo visto nascere le Aziende Ospedaliere che, come qualsiasi azienda qualitativamente competitiva, si sono avvalse delle più recenti strategie di mercato; sono stati introdotti concetti nuovi quali, la qualità dei servizi resi nell'ambito del S.S.N., l'accreditamento, la valutazione e revisione della qualità che permette di misurare il livello raggiunto, poiché l'obiettivo principale dell'odierno S.S.N. è di garantire assistenza a tutti i cittadini e soprattutto di qualità elevata.

L'art. 32 della Costituzione Italiana recita, infatti: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Tutto ciò è avvenuto di pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica; infatti, è stato istituito il Diploma Universitario, è stato approvato il nuovo Profilo Professionale (Codice Deontologico), è stato abolito il Mansionario, fino ad arrivare alla Laurea in Scienze Infermieristiche ed i Master per la formazione complementare, dimostrando che, anche la professione infermieristica, è un processo evolutivo dinamico.

Questi cambiamenti portano l'infermiere sempre più verso la professionalità e la complementarietà con la funzione medica, per il fine comune che è la **cura della persona nella sua totalità**.

Nell'emergenza, il ruolo dell'infermiere, con l'istituzione del numero unico 118 in base al DPR del 27/03/1992 cosiddetto "Decreto 118", inizia a subire un profondo cambiamento.

L'art. 4 comma due così recita: "La Centrale Operativa è attiva 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche d'appoggio.

La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della Centrale Operativa, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della stessa".

Infatti, l'assistenza al paziente non inizia dal suo accesso in Pronto Soccorso, ma dal momento della richiesta d'aiuto al numero unico 118.

Anche per l'infermiere che opera nel Pronto Soccorso, con la pubblicazione delle *linee guida per il sistema di emergenza-urgenza*, in applicazione al DPR 27/03/1992 del Ministero della Sanità, Conferenza Stato Regioni e pubblicato nella G.U. del 17/05/1996, viene definita la funzione dell'infermiere di triage: “all'interno del D.E.A. deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento d'accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri che consentano di stabilire la priorità d'intervento. Tale funzione è svolta **dall'infermiere adeguatamente formato**, che opera secondo protocolli prestabiliti dal Dirigente del Servizio”.

Si noti come cambia la definizione da infermiere “adeguatamente addestrato” a infermiere “adeguatamente formato”.

Questo però allo scopo di specializzarsi al fine di acquisire “delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che gli permettano di fornire prestazioni infermieristiche competenti nelle aree previste” tra le quali spicca l'Area Critica – come da profilo dell'infermiere D.M. Sanità n. 739/94 – ed inoltre “L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la **ricerca**, al fine di migliorare la sua competenza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide ed aggiornate, tali da garantire alla persona, le cure e l'assistenza più efficaci" (art. 3.1. Codice Deontologico dell'Infermiere).

Infatti, non c'è posto all'improvvisazione vista l'evoluzione continua nell'approccio al paziente critico, ne fa esempio il passaggio dallo SCOOP AND RUN (prendi il paziente sul territorio e portalo subito in ospedale) allo STAY AND PLAY (resta sul territorio e stabilizzalo), cambiamento motivato dal tentativo di diminuire la mortalità e gli esiti invalidanti nella prima ora dopo l'evento (detto Golden Hour = ora d'oro).

La professionalità quindi non è data dal titolo acquisito, ma determinata da una serie ulteriore di caratteristiche che sono fondamentali per l'infermiere di area critica:

- PREPARAZIONE SPECIFICA;
- ESPERIENZA;
- PROFESSIONALITA';
- ELASTICITA' MENTALE;

1.1 PREPARAZIONE SPECIFICA

Il professionista deve acquisire, attraverso corsi specifici, tecniche e metodiche comportamentali in regime d'urgenza, quali:

TECNICHE:

1. BLS (Basic Life Support) cioè sostegno delle funzioni vitali di base mediante rianimazione cardiopolmonare nelle persone adulte;
2. PBLIS (Pediatric Basic Life Support) per l'acquisizione di tecniche di rianimazione cardiopolmonare nei bambini di età compresa tra da zero ed otto anni;
3. ACLS (Advanced Cardiac Life Support) per l'acquisizione di tecniche di assistenza avanzata al paziente in arresto cardiaco con l'uso di strumentazione adeguata (defibrillatore);
4. gestione, immobilizzazione ed assistenza del paziente traumatizzato;
5. Conoscenze approfondite sulla metodica del triage extra ospedaliero (=selezione per codici colore che si attua all'esterno della struttura ospedaliera, come nelle Centrali Operative del 118);
6. Profonda conoscenza ed abilità nella gestione ed impiego delle tecnologie, strumentazioni e presidi assistenziali.

Per metodiche comportamentali s'intendono:

1. Gestione dell'emotività;
2. Comunicabilità;
3. Prevenzione della Sindrome del Soccorritore e della Sindrome da Burnout.

Ciò dimostra che anche nell'area critica l'aspetto relazionale e educativo è fondamentale, come indicato dal profilo professionale dell'infermiere.

Chiaramente questi corsi devono:

- Avere una verifica semestrale visto che le vere emergenze corrispondono dall'1% al 3% della totalità delle richieste di soccorso;
- Devono essere effettuati prima (e non dopo) dell'inserimento presso un servizio di 118 o Pronto Soccorso, in base alla discrezionalità dell'operatore;

La Società Italiana di Medicina di Emergenza – Urgenza (S.I.M.E.U.) della Regione Lazio, con la Società Italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (S.I.V.R.Q.) ha redatto un *Percorso formativo per il personale coinvolto nel progetto di Accredimento all'Eccellenza dei servizi di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza della Regione Lazio* così schematizzato:

Destinatari: Operatori professionali delle U.O. di Medicina d'Urgenza e dei servizi di Pronto Soccorso territoriali ed ospedalieri di Roma e provincia, Latina, Viterbo, Rieti, Frosinone. I corsi sono rivolti a medici ed infermieri, altamente motivati.

Problema: Carezza di una cultura diffusa sulla metodologia del Miglioramento Continuo della Qualità (M.C.Q.) e dell'Accreditamento Volontario o di Eccellenza in Medicina d'Urgenza e P.S.

Assenza di strumenti specifici per l'avvio di percorsi su M.C.Q. e Accreditamento.

Obiettivo specifico: Alla fine del percorso formativo i discenti

dovranno essere in grado di:

- Definire gli elementi costitutivi del Sistema Qualità;
- Essere in grado di utilizzare modelli e tecniche per M.C.Q.;
- Effettuare autovalutazione della propria realtà organizzativa sulla base di criteri condivisi;

- Progettare azioni di miglioramento (piano di adeguamento) in previsione di una prima visita di Accreditamento all'Eccellenza.

Inoltre, l'organizzazione del Servizio d'Emergenza dovrebbe prevedere il lavoro d'equipe, multidisciplinare, basato sulla discussione *critico-costruttiva*, dei casi e sulla ricerca per un miglioramento continuo degli standard assistenziali.

Un'equipe di persone preparate, a tutti i livelli, aumenta il grado d'assistenza e d'immagine dell'Azienda, quindi quest'ultima dovrebbe farsene carico mediante l'organizzazione di questi corsi obbligatori con verifica finale.

1.2 ESPERIENZA

Questa caratteristica è intesa come acquisizione diretta, teorico/pratica di nozioni che permettono all'infermiere che opera nel settore emergenza, sia la veloce valutazione dello stato di gravità del paziente, sia l'assistenza mirata al problema.

L'esperienza chiaramente si acquisisce sul campo, ma la vera e propria esperienza non è l'assistenza meccanica ad un numero infinito di

pazienti (caratteristica anche questa importante), ma soprattutto è la pianificazione dell'assistenza tanto mirata quanto soggettiva, nonché la ricerca infermieristica.

E' qui che il servizio di emergenza dovrebbe mettere a disposizione una persona incaricata dell'esercizio della tutela – cioè un tutor specializzato e formato in maniera ottimale – che si dedicherà all'affiancamento del professionista recentemente assunto a tale servizio, per un tempo necessariamente sufficiente per l'acquisizione della completa autonomia decisionale, assistenziale, professionale.

1.3 PROFESSIONALITA'

La professionalità, qualità che non si acquisisce solo tramite un titolo come altre qualità dell'individuo, è una caratteristica personale che nasce con il professionista, insieme alla consapevolezza ed al suo credo verso valori e principi che rendono la professione così importante nella società. Particolare riguardo quindi, all'infermiere che opera nell'ambito dell'area critica perché deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistematico la situazione assistenziale anche in condizioni di stress.

Infatti, questi spesso si trova a dover prendere decisioni, ad organizzare ed agire in regime d'urgenza con limitate risorse.

1.4 ELASTICITA' MENTALE

L'elasticità mentale è una delle caratteristiche necessarie al personale che opera nell'emergenza, perché ogni intervento, per quanto medesimo sia, non sarà mai corrispondente all'altro, anche se a parità di codice e patologia.

Infatti, il fattore che entra in gioco è la situazione in cui si è venuto a creare l'evento stesso.

Determinanti sono le Linee Guida e Protocolli interni alla Centrale Operativa e/o Pronto Soccorso dove, il personale sanitario, deve fare riferimento e da questo pianificare l'assistenza migliore da applicare alla realtà in cui si trova.

Alla luce di queste considerazioni si deduce che l'infermiere oggi è un professionista sicuramente più qualificato, ma anche soggetto a livelli di stress altissimo perché più esposto dal punto di vista emozionale.

Come tutti coloro che svolgono "HELPING – PROFESSIONS" anche gli infermieri sono investiti da pressione emotiva continua che, sommandosi a carichi di lavoro eccessivi, si traduce in fattore di stress.

Nonostante l'alto livello di preparazione degli operatori, i risultati nel settore dell'emergenza non sono sempre quelli sperati, basti pensare che

nelle Rianimazioni Cardio Polmonare (RCP) la sopravvivenza è tra il 3% ed il 20%, ciò significa che anche nella migliore realtà e condizione, quattro volte su cinque si fallisce l'intento.

Un tentativo di RCP è una manovra molto faticosa che lascia ai soccorritori un senso profondo di stanchezza ed a maggior ragione, se questa non riesce, può dare origine a turbe psicologiche persistenti.

Alcuni interventi sono particolarmente stressanti e tendono a causare disturbi che possono protrarsi nel tempo, soprattutto nei casi in cui rimangono coinvolte persone giovani o in caso di incidenti con gravi traumi.

Da ciò si evince che per gli infermieri operanti in area critica lo stress è correlato allo sforzo fisico, alla difficoltà, alla gravità delle scelte richieste ed alla valutazione della realtà concomitante ad elevato rischio per il paziente; devono essere fatte perciò scelte rapide da cui dipende la sopravvivenza del paziente, le responsabilità ed i rischi sono elevati e data la difficoltà degli interventi, spesso gli insuccessi sono proporzionali alle frustrazioni, mentre le gratificazioni sono di gran lunga inferiori all'impiego richiesto.

Situazioni di questo tipo protratte nel tempo portano ad una percezione di fragilità ed insicurezza, ad una diminuzione delle difese interiori e ad

un'errata interpretazione delle realtà circostanti, quindi a situazioni rischiose per gli interventi in emergenza.

I professionisti che operano in ambienti dove il contatto con la malattia e la morte è continuo, sono esposti a fattori di stress elevato, inoltre, sono costretti, data la situazione attuale degli infermieri, a sovraccarichi di lavoro.

In queste situazioni il rischio che insorga la “sindrome di Burnout” è molto elevata.

Per sindrome di Burnout si intende quel fenomeno di disagio, risultante dagli effetti cumulativi dello stress in ambienti di lavoro.

E' importante, invece, cercare di prevenire l'insorgenza di tale sindrome, curando maggiormente le relazioni familiari e sociali, i periodi di riposo, le abitudini di vita, regolando la quantità di sforzo fisico quotidiano ed i ritmi sonno veglia.

Per raggiungere tale situazione, si deve evitare di ricorrere a false e facili soluzioni alternative, come cercare di dimenticare situazioni spiacevoli assumendo più alcool, cibo o aumentando il numero di sigarette fumate.

E' altrettanto importante, inoltre, conoscere le caratteristiche della propria Unità Operativa, dove possibile, programmare eventuali cambiamenti, approfondire la propria preparazione tecnico – scientifica,

partecipando a corsi o ad esercitazioni e curare con attenzione la qualità delle relazioni.

La metodica, che fino ad ora è stata la più valida, quella che permette di riesaminare analiticamente situazioni di rilevanza particolare: è il “DEBRIFING”, parola di derivazione anglosassone che non trova esatto corrispondente nella traduzione in lingua italiana.

Deriva dal verbo “to debrief” che tradotto significa interrogare o chiedere.

Nella pratica professionale consiste nell’effettuare revisione critica di un evento fallimentare o una pratica che si è conclusa con successo, che permette, a tutti coloro che ne prendono parte, di elaborare i propri sentimenti o le loro preoccupazioni.

Tale revisione dovrebbe essere eseguita dopo ogni manovra fallita o dopo ogni evento che ha avuto rilevanza particolare, per tutti coloro che vi hanno preso parte.

Perché la pratica del “debriefing” abbia successo, è necessario che la revisione critica – analitica avvenga il prima possibile dopo l’evento, alla presenza di tutti i membri dell’equipe, tra cui è stato individuato un leader (esempio un professionista più esperto), in grado di condurre la discussione.

Bisogna valutare attentamente la conduzione dell'emergenza, analizzare le singole manovre e permettere una conseguente discussione.

E' utile chiedere raccomandazioni e suggerimenti da sfruttare in eventi futuri.

Tutti devono poter esprimere i propri sentimenti: la gioia, la rabbia, l'ansia ed i possibili sensi di colpa.

Chi non può prendere parte al "debriefing" deve essere informato di quanto discusso e delle raccomandazioni che ne sono derivate.

Nel caso in cui l'argomento in esame è una rianimazione cardio-polmonare, sarebbe utile non solo discutere l'aspetto tecnico, ma anche quello umano ed etico di tale manovra, che data la sua importanza, dovrebbe essere tenuto in seria considerazione, non solo nella pratica quotidiana, ma anche durante l'addestramento.

E' importante conoscere i propri limiti, per evitare inutili accanimenti, che possono risultare avvilenti sia per i pazienti sia per i soccorritori.

Infatti, il trattamento cardiaco è mirato ad agire su "cuori troppo giovani per morire" e non a curare "cuori troppo malati per vivere"; perché l'unico risultato ottenibile è quello di prolungare inutilmente il processo di morte.

Nel momento in cui si interrompe una rianimazione cardio-polmonare, bisogna aver chiaramente presente la situazione che ne deriva, ed è importante sapere qual è il più idoneo comportamento da tenere.

Qualora risulti necessario, è utile assicurarsi l'aiuto di uno psicologo, di un assistente sociale o di un sacerdote.

Molte altre sarebbero le cose da tenere in seria considerazione, purtroppo però nessuno di noi ha un libretto d'istruzione da sfogliare al momento del bisogno, occorre solo saper gestire le più varie situazioni, con professionalità ed eticità.

E' utile conoscere profondamente se stessi, saper gestire le proprie reazioni, saper creare la giusta distanza tra sé e l'altro, saper dare l'ordine giusto alle cose anche in situazioni di confusione estrema.

In conclusione l'emergenza deve basarsi su una seria preparazione a tutti i livelli.

La qualità dell'assistenza è determinata da una serie di fattori che interagiscono fra loro e sono: motivazione, formazione e soprattutto un orientamento mentale verso la ricerca.

In realtà, l'aggiornamento, la conoscenza delle metodiche di base avanzate, l'ottimizzazione delle risorse tecniche ed umane, possono portare a migliori risultati sia in ambito ospedaliero sia soprattutto nell'emergenza extraterritoriale.

CAPITOLO 2

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO: QUALI STRATEGIE, QUALI MODELLI OPERATIVI

Nel corso degli ultimi quarant'anni il diritto dell'individuo e della società di godere di un buon livello di salute è entrato in maniera crescente nella coscienza collettiva della comunità umana.

La professione infermieristica, dalle sue origini ad oggi, ha subito un netto miglioramento nei vari settori, tecnico, scientifico, culturale e professionale.

Questo progredire, anche se con difficoltà, ha portato ad un netto miglioramento della qualità dell'assistenza in ogni suo aspetto.

Come ogni professione, quella infermieristica, esiste perché vi è da parte dell'utente la richiesta di un servizio.

Al giorno d'oggi viene esercitata una pressione costante sulla qualità delle prestazioni infermieristiche, poiché quanto più si cerca di apportare avanzamenti in questo campo, tanto più aumentano le esigenze e le aspettative del cliente, aspettative che si trasformano in domanda di servizio.

Il cittadino ha diritto di usufruire dei servizi pubblici in maniera più adeguata e rispondente alle sue necessità.

E' dunque chiaro che l'utente, guarda maggiormente alla qualità e non alla quantità dei servizi, ed allora valutare diventa un'esigenza per migliorare l'attività assistenziale.

Pensare di cambiare qualcosa nell'organizzazione infermieristica, significa appropriarsi di un discorso di qualità, rendersi conto che l'attività professionale degli infermieri non può essere affidata al caso, ma valutata regolarmente in base alle esigenze ed alle aspettative degli utenti, persone con problemi di salute e pertanto detentori di un diritto sancito dalla Costituzione.

Le attuali problematiche organizzative sono identificabili in:

- 1. Una qualità dell'assistenza infermieristica fornita non valutabile;**
- 2. Un'assistenza infermieristica non personalizzata ma di routine;**
- 3. Una disaffezione degli infermieri al lavoro;**
- 4. Una non standardizzazione delle procedure più generali;**
- 5. Una forte resistenza al cambiamento.**

Per risolvere questi problemi è necessario scegliere modelli organizzativi più adatti che hanno, come punto di partenza, la centralità dei fruitori del servizio.

Si può procedere perseguendo una filosofia della qualità che richiede un cambiamento nel modo di organizzare e dirigere.

2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ

Nessuno contesta che l'assistenza infermieristica debba rispondere a criteri di qualità, ma pochi hanno la consapevolezza d'essere responsabili, perché professionisti, del livello di qualità offerto dalla propria attività.

Concepire il lavoro secondo una filosofia di qualità significa, ricercare i possibili miglioramenti e cambiamenti in un'ottica di creatività e non di routine cristallizzata dall'abitudine e dalle difficoltà organizzative e strutturali.

E' dunque necessario per gli infermieri, procedere valutando le proprie Prestazioni, per far sì che si aumenti il grado dell'assistenza infermieristica futura.

L'OMS nell'ambito del programma "salute per tutti nell'anno duemila", stabilisce come obiettivo n° 31 "Assicurare la qualità delle prestazioni".

"Valutare" non significa misurare la competenza degli infermieri, ma prendere atto complessivamente del livello d'attività assistenziale prestata con le risorse di cui si dispone.

Per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica bisogna identificare e stabilire metodi e sistemi, ed a farlo è proprio l'infermiere dal momento che dovrà essere lui stesso a fornire l'assistenza; perseguire una qualità delle prestazioni significa essere attenti agli esseri umani, nell'assistenza infermieristica si traduce in assistenza centrata sulla persona, un'assistenza che si orienta in risposta ai reali bisogni dell'individuo in un'ottica dinamica.

Gli infermieri ed i caposala, per il loro ruolo di coordinatori ed esperti dell'assistenza infermieristica, devono essere fermamente convinti dell'importanza di valutare la qualità delle prestazioni offerte, di **ricercare** o sperimentare i cambiamenti gestionali e gli strumenti che permettono di realizzarli.

Quindi la Valutazione della Qualità dell'Assistenza Infermieristica (V.Q.A.I.) si inserisce nella "qualità totale" che consiste nell'integrazione di prestazioni di qualità per quanto riguarda:

1 Il settore delle cure mediche ed infermieristiche;

- 2 L'ambito dell'ammissione in Ospedale;
- 3 Il soggiorno e l'ospitalità alberghiera.

Da un punto di vista operativo, valutare significa stabilire criteri di qualità e confrontarli con la realtà, cioè misurare lo scarto esistente fra una situazione osservata ed una situazione considerata ottimale.

Elementi di un metodo di valutazione si possono riassumere in:

- 1 Selezione degli elementi da valutare secondo il concetto di salute, la definizione della funzione, le teorie infermieristiche;
- 2 Scelta dell'orientamento; studio delle risorse, del processo (attività) o dei risultati;
- 3 Elaborazione dei criteri;
- 4 Definizione del campione da studiare, sulla base dei calcoli statistici;
- 5 Raccolta dati dagli archivi, attraverso l'osservazione o mediante il questionario-intervista;
- 6 Definizione del livello di qualità nel settore preso in esame.

A questo punto è bene specificare cosa si intende per norma e criterio;

NORMA: è la condizione ideale, l'obiettivo che si vuole raggiungere per realizzare un'assistenza di qualità, essa ha carattere generale perché

abbraccia una situazione che deve essere definita con più criteri, pertanto con la norma non si può valutare una situazione reale.

CRITERIO: il criterio è una scomposizione della norma, quindi vi fa riferimento, ed è proprio il criterio che ci consente di dare un giudizio valutativo e di misurare la qualità dell'assistenza infermieristica.

Si può riassumere che la **V.Q.A.I.** (Valutazione della qualità dell'Assistenza Infermieristica) è l'elemento base per fornire un servizio che sia rispondente alle esigenze di chi ne usufruisce, è comunque indispensabile che la qualità diventi una filosofia, un profondo convincimento e non venga delegata solo a poche persone.

Per attivare un programma di Valutazione della Qualità dell'Assistenza Infermieristica è altrettanto indispensabile realizzare dei cambiamenti organizzativi e gestionali quali:

- 1 Un nuovo modello organizzativo;**
- 2 L'utilizzo di una documentazione infermieristica orientata al malato: cartella infermieristica;**
- 3 Un'assistenza infermieristica individualizzata e programmata attraverso i piani d'assistenza individuali;**
- 4 La standardizzazione delle attività di un reparto effettuata attraverso i piani di lavoro;**

5 La standardizzazione delle procedure più semplici attraverso l'utilizzazione dei protocolli d'assistenza.

Tra i vari reparti uno dei fondamentali per l'immagine dell'assistenza sanitaria è il Pronto Soccorso, infatti, questo, nella maggior parte dei casi costituisce il primo luogo di cura del paziente.

2.2 ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO

All'interno di questa struttura giungono pazienti d'ogni genere, con le più svariate patologie, dal paziente in stato d'emergenza, cioè nel quale le funzioni vitali siano seriamente compromesse, al paziente con patologie meno gravi ma che necessitano sempre di cure ed assistenza.

All'interno del Pronto Soccorso dunque è necessaria la collaborazione di tutta l'equipe sanitaria al fine di attuare un'assistenza professionale centrata sulla persona ed adeguata alla situazione, a tal fine saranno utili l'utilizzo di modelli organizzativi e strategie operative adatti ad ogni intervento ed ogni situazione, dall'emergenza e quindi dall'evento improvviso e grave a quello meno grave.

Tali modelli operativi permetteranno di raggiungere l'obiettivo principale dell'assistenza, cioè: "Educare all'autonomia, aiutare a

riconoscere, accettare e superare la situazione sia essa grave o non e non essere un'offerta indiscriminata d'interventi".

Modelli organizzativi assistenzialmente utili da adottare sono i cosiddetti **“PIANI DI ASSISTENZA”**.

Questo metodo è un procedimento logico e sistematico per risolvere i problemi del paziente, esso è caratterizzato da sei fasi fondamentali:

LE FASI DA RISPETTARE AL MOMENTO DELL'ARRIVO DEL PAZIENTE SONO:



(porre fine al piano d'assistenza) (rimettere in discussione il piano di assistenza, risalire alla fonte ed individuare l'errore).

Altri modelli operativi utili all'interno del Pronto Soccorso sono i
PROTOCOLLI, strumenti di lavoro ritenuti scientificamente validi.

L'èquipe sanitaria del Pronto Soccorso (medici, infermieri, caposala,
ecc...), può adattare l'utilizzo di tale strumento, formulato
dall'èquipe stessa, alle diverse esigenze operative modificando
qualche suo punto qualora non risultasse di facile e totale
applicazione.

Il protocollo quindi viene sviluppato per ogni pratica che può essere
standardizzata, per cui deve essere:

- RIVOLTO AI PROFESSIONISTI;
- SCRITTO IN MODO CHE SIA UTILIZZABILE DA TUTTI;
- CORRETTO DAL PUNTO DI VISTA SCIENTIFICO;
- APPLICABILE AL CONTESTO ED ALLE RISORSE
DISPONIBILI DEL POSTO.

Infatti, se il protocollo risponde a queste caratteristiche esso
permetterà di:

- a) ADEGUARE I COMPORAMENTI ALLE CONOSCENZE
SCIENTIFICHE;
- b) UNIFORMARE I METODI DI LAVORO DI TUTTI I
COMPONENTI DELL'EQUIPE;
- c) PROMUOVERE L'AGGIORNAMENTO;

- d) FAVORIRE LO SVILUPPO DELL'AUTONOMIA PROFESSIONALE;
- e) VALUTARE L'ASSISTENZA;
- f) FACILITARE L'INSERIMENTO DEL PERSONALE NEO-ASSUNTO.

Quindi i protocolli con i piani di assistenza, possono risolvere alcuni dei problemi di carattere organizzativo, amministrativo, migliorare i processi assistenziali e le relazioni del personale, ridurre gli errori assistenziali.

Proprio per questo devono essere il frutto dell'esperienza e dell'esigenza di migliorare il proprio livello culturale mantenendo la qualità dell'assistenza stessa ad alti livelli.

Il fine ultimo non è un elenco dove indicare il modo di trattare ed assistere ogni paziente che giunge al Pronto Soccorso, ma di porre modelli operativi che migliorino la qualità dell'assistenza.

CAPITOLO 3

NURSING IN EMERGENZA: UTOPIA O REALTA'?

Il Nursing, riprendendo la definizione coniata nel 1980 dall'Organizzazione degli Infermieri Professionali USA, è: **“diagnosi e trattamento delle reazioni umane a problemi potenziali in atto”**.

Tale definizione rende palese che al Nursing spetta la responsabilità delle Diagnosi Infermieristiche e la gestione delle risultanze, anche complicate, consequenziali ai trattamenti terapeutici adottati (dolore, ansia, stima di se, perdita di capelli, ecc.) indipendentemente dalla diagnosi clinica del paziente.

L'infermiere genericamente è definito come colui (o colei) che si occupa di prestare assistenza ai malati, ed aiuta il medico a curare lo stato di malattia.

In quest'ottica è solitamente inquadrato come un mero esecutore delle prescrizioni mediche.

Nonostante queste popolari definizioni, col tempo, si sono affermati due importantissimi aspetti dell'attività professionale infermieristica:

Assistenza e Cura.

Assistenza: la tradizione e la storia vedono l'infermiere accanto alla persona malata, o sofferente.

Cura: l'operatore professionale è visto prestare la propria opera vicino al medico, da ciò nasce l'improprio termine, rifiutato da tutti gli infermieri con orgoglio professionale, di paramedico.

Il nuovo orientamento gestionale della sanità, tendente al risparmio, influisce negativamente sulla qualità dell'assistenza, in quanto, l'esagerata riduzione delle risorse umane e la mancanza di flessibilità negli orari, obbliga a turni eccessivamente stressanti non lasciando spazio alla possibilità di erogare la prestazione nella forma professionalmente migliore.

Anche l'aumento delle competenze, conducono ad un esercizio della professione che potrebbe essere certamente migliore se, con esse, aumentasse anche il tempo disponibile.

La base del Nursing, è l'individuazione ed il soddisfacimento dei bisogni primari e non solo la ricerca, il controllo ed il ripristino delle funzioni vitali!

3.1 L'ASSISTENZA IN PRONTO SOCCORSO

In Pronto Soccorso, sia esso specialistico o meno, si ha l'impossibilità di programmare il carico di lavoro (se non in forma statistica e mal rispondente alla realtà); il paziente di Pronto Soccorso reputa le sue necessità più urgenti e serie di quelle altrui, e soprattutto i parenti, gli amici, i "coinvolti" sono insofferenti per quelle che sono le attese legate ai tempi tecnici d'esecuzione d'indagine o consequenziali a problematiche correlate all'affluenza.

Si ha quindi la necessità (talvolta emergente in primo piano) di garantire oltre alla qualità, anche una certa quantità di prestazioni; purtroppo questa necessità si tramuta sempre in una riduzione drastica dei tempi d'intervento, per favorire un numero maggiore d'interventi e prestazioni a scapito di un modello professionale orientato per obiettivi.

3.2 IL TRIAGE

E' il servizio dove il nursing dovrebbe trovare la sua massima espressione, attraverso la formulazione da parte di un infermiere di una "Diagnosi Infermieristica" e di un piano d'assistenza veramente

“personalizzato”, che si concretizzi nello stabilire delle priorità d’intervento, di trattamento e d’indagine.

Infatti, l’infermiere che svolge l’attività di triage ha il compito primario di valutare “le condizioni” del paziente verificandone l’effettiva emergenza-urgenza per stabilire le priorità d’intervento.

In alcune realtà il triage, si riduce ad essere soltanto una stanza dove si compilano uno o più moduli, inviando il paziente – a mo’ di pacco postale – nel migliore dei casi a visita specialistica, molto spesso in coda, per far posto al prossimo utente “da impacchettare” con altrettanta rapidità.

Ad aggravare poi questa situazione contribuisce non poco l’irrazionale utilizzo del personale infermieristico sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

In emergenza, là dove “si deve salvare una vita”, si evidenzia la necessità di una équipe competente, aggiornata, affiatata ed esperta.

Tale équipe dovrà lavorare applicando linee guida e protocolli standardizzati ma aperti ad aggiornamenti e modifiche, siano esse immediate (suggerite dal caso) o proposte in seguito a riunioni periodiche di studio.

Allora non un caso, non un uomo che gira da una stanza all'altra, ma diverse stanze triage, diverse èquipe nelle quali gli specialisti si integrano per dare il loro contributo ed un indirizzo d'indagine comune.

Secondo il mio parere, sarebbe meraviglioso, e lo è là dove è consentito dal sistema, vedere se stessi sorridere e star bene per la soddisfazione suscitata in un paziente, attraverso l'utilizzo di un piano ben riuscito, dalla stesura alla realizzazione del quale tutti hanno collaborato.

Per questo credo di poter affermare che non si possa realizzare il nursing in emergenza se non si modificano degli aspetti organizzativi.

A questo punto sorge spontanea una domanda: “ visto che gli infermieri nei Pronto Soccorso sono spesso costretti a correre per svolgere il loro lavoro in tempi brevi (perché nell'emergenza spesso c'è una lotta contro il tempo) il nursing è utopia o realtà?

CAPITOLO 4

TRASFERIMENTI: PROBLEMI DI UN PRONTO SOCCORSO PERIFERICO

Una diagnosi rapida e precisa ed una pronta assistenza terapeutica sono gli obiettivi principali di un servizio di Emergenza-Urgenza.

Il personale dei Pronto Soccorso periferici della Regione Lazio conosce quale “dramma” sia, dopo aver “brillantemente” diagnosticato una malattia specialistica (neurochirurgia, vascolare, ecc.) ricercare un posto letto.

Gli operatori dei servizi di Emergenza-Urgenza periferici incontrano grandi difficoltà anche nei trasferimenti di routine dei pazienti; troppo spesso il personale disperde le proprie energie in estenuanti ricerche, con lungo stazionamento in Pronto Soccorso di un paziente grave ed un conseguente allungamento inevitabile dei tempi di attesa per l’utente.

Almeno fino ad oggi, il trasferimento di un paziente al D.E.A. di riferimento, che non sempre assicura un posto letto, corre il rischio di risolvere solo il problema medico-legale, migliorando di poco la qualità

dell'assistenza, anzi aggiungendo un trasferimento ad un paziente di per sé grave!

CAPITOLO 5

STRUMENTI OPERATIVI IN EMERGENZA: LA SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCETTAZIONE

Un'organizzazione sanitaria può dirsi efficace ed efficiente nel momento in cui è in grado di fornire prestazioni qualitativamente elevate in qualsiasi ambito delle sue strutture.

Questo è ancora più necessario quando la persona che usufruisce delle prestazioni sanitarie è in condizioni vitali critiche.

Le prestazioni nel caso dell'emergenza-urgenza, non sempre vengono erogate in condizioni organizzative idonee ad affrontare situazioni di alta criticità; infatti, l'operatore (infermiere, medico, ausiliario, ecc.) si può trovare in condizioni organizzative di diversa complessità.

Il compito dell'infermiere in emergenza-urgenza è di valutare le condizioni in cui si presenta il paziente assicurando, in base alle priorità, un'assistenza d'urgenza rapida, sicura e di elevata qualità.

Uno degli strumenti operativi per assicurare un'assistenza sanitaria efficace è la scheda infermieristica che deve comprendere anche gli interventi eseguiti nel primo soccorso, al fine di apportare all'equipe tutti

quegli elementi utili alla definizione del problema e per garantire quindi una continuità assistenziale.

Il triage quindi rappresenta, come già detto in precedenza, la metodologia mediante la quale l'infermiere valuta le condizioni di un paziente all'ingresso del Pronto Soccorso in modo da determinare l'urgenza e stabilire quali siano le misure assistenziali/terapeutiche più opportune per trattare il suo caso.

Le decisioni assunte nel triage si basano sulla valutazione, sulla raccolta dati pertinenti e sull'assegnazione di un sistema di priorità basato sul giudizio professionale dell'infermiere stesso; un'attenta e competente valutazione del paziente può sicuramente ridurre i tempi di diagnosi ed essere d'orientamento per una maggiore rapidità nell'intervento diagnostico terapeutico.

La valutazione infermieristica quindi dovrà tenere conto:

- L'attesa sul luogo dell'evento ed i tempi di trasporto (ritardo preospedaliero);
- L'attesa all'ingresso del Pronto Soccorso (ritardo ospedaliero);
- I tempi d'intervento sul paziente come successione logica di eventi;
- I tempi di attesa dei trasporti interni verso i servizi diagnostici e la loro esecuzione.

La scheda infermieristica rappresenta quindi uno strumento utile per ufficializzare e valutare i dati della storia del paziente e del suo evento clinico, dal primo contatto con il sistema di Emergenza Sanitaria fino alla destinazione definitiva del paziente (ricovero o dimissione dal Pronto Soccorso).

In una scheda infermieristica vanno sempre incluse:

- ⇒ **codice di gravità del paziente mediante punteggio (rosso-4; giallo-3; verde-2; bianco-1), definito al momento dell'ingresso dell'utente;**
- ⇒ **identità del paziente;**
- ⇒ **età;**
- ⇒ **sesso;**
- ⇒ **terapie precedenti;**
- ⇒ **ora, luogo e data di primo intervento (eventuale soccorso del 118, medico di base, altri soccorritori);**
- ⇒ **ora e modalità di arrivo al Pronto Soccorso;**
- ⇒ **parametri vitali (Frequenza Cardiaca, Pressione Arteriosa, Temperatura, ecc.);**
- ⇒ **data dell'ultima vaccinazione antitetanica (se si tratta di ferite o di escoriazioni).**

La scheda deve contenere inoltre anche delle componenti essenziali del Nursing del triage:

5.1 LA VALUTAZIONE INIZIALE

Se questa non è stata effettuata sul luogo dell'evento la valutazione iniziale deve comprendere:

- ◆ **La percezione dei sintomi da parte del paziente;**
- ◆ **La qualità e la durata della sintomatologia di esordio;**
- ◆ **Le modalità di inizio dei sintomi (graduale, improvviso);**
- ◆ **L'associazione tra i sintomi e le normali attività giornaliere;**
- ◆ **L'andamento della sintomatologia che ha indotto il paziente a presentarsi;**
- ◆ **Nel caso di traumi è necessario raccogliere una descrizione dettagliata del meccanismo che ha prodotto l'evento.**

La scheda infermieristica deve anche prevedere uno spazio ove poter annotare le valutazioni e gli interventi relativi a:

- ⇒ **Valutazione della pervietà delle vie aeree;**
- ⇒ **valutazione del quadro respiratorio inefficace;**

⇒ **Valutazione di tutti i parametri vitali;**

Per queste valutazioni sono concessi pochi minuti, ponendo particolare attenzione a creare un ambiente confortevole per l'utente, rassicurandolo sugli interventi che gli verranno successivamente effettuati (valutare lo stato d'ansia).

5.1.1 IL TRATTAMENTO ED IL MONITORAGGIO

Ciò necessita di un adeguato spazio di trascrizione che non deve pregiudicare gli interventi adatti a questo tipo di operazioni; sono spazi predefiniti ove poter trascrivere l'orario di rilievo dei parametri vitali, delle manovre eseguite, i farmaci somministrati, la monitorizzazione elettrocardiografia.

5.1.2 DESTINAZIONE PRESSO ALTRA UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

La scheda, per questa voce deve prevedere:

- corretto e completo passaggio di consegne all'unità ricevente; tanto migliore sarà la qualità delle informazioni trascritte sulla scheda infermieristica, tanto migliori saranno le cure successive erogate.

5.2 CONOSCENZE RICHIESTE ALL'INFERMIERE CHE OPERA IN UN D.E.A.

1. Capacità di ottenere un'anamnesi accurata ed al tempo stesso sintetica;
2. Competenza nel mettere in atto provvedimenti di rianimazione;
3. Capacità di instaurare rapporti interpersonali adeguati;
4. Uso rapido e rigoroso della capacità di osservazione e di valutazione, con eventuali interventi infermieristici appropriati;
5. Svolgimento di un'ampia gamma di funzioni tecniche e diagnostiche in maniera rapida ed ordinata;
6. Capacità di determinare la priorità dell'assistenza;
7. Integrazione delle competenze come capacità al lavoro d'èquipe.

E' chiaro che la scheda infermieristica, essendo uno strumento operativo, non può che essere frutto di scelte coerenti con un modello organizzativo dell'assistenza infermieristica che, ponendo al centro l'utente, attua un'assistenza per obiettivi assegnando all'operatività infermieristica un'importanza strategica per assicurare nei Pronto soccorso e nei D.E.A. un'assistenza sanitaria di qualità.

CAPITOLO 6

INTRODUZIONE ALLA “VALUTAZIONE DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA”

S’individuano due aspetti fondamentali:

- **La necessità di una Valutazione Continua dell’Assistenza;**
- **I metodi da utilizzare a tale scopo.**

Perché parliamo d’assistenza sanitaria? Per due principi fondamentali:

1. Per l’attuazione di misure di contenimento e di riduzione delle spese che non sottintendono il miglioramento dell’assistenza;
2. La complessità della malattia stessa, la moltiplicazione delle specializzazioni influenzano sempre più la ricerca scientifica e la pratica quotidiana.

Quindi gli obiettivi fondamentali sono rivolti essenzialmente:

- ⇒ All’ottimo utilizzo dei mezzi disponibili;
- ⇒ Al miglioramento della qualità tecnico-scientifica dell’assistenza.

Tutto questo si potrebbe oggi racchiudere in un unico concetto
**VERIFICA E REVISIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA
(V.R.Q.) o QUALITY ASSURANCE (Q.A.).**

La V.R.Q. è un processo dinamico attraverso il quale si misura e, quando necessario, si migliora la qualità delle prestazioni sanitarie.

Ancora più importante è:

- Il miglioramento dell'assistenza ai pazienti che compensa largamente il tempo impiegato e gli sforzi attuati.

L'assistenza infermieristica per essere d'elevata qualità deve essere:

- Di dimostrata efficacia;
- Appropriata per quel particolare paziente;
- Accurata per evitare complicanze.

Ma come valutare la qualità dell'assistenza?

La valutazione della qualità può avere per oggetto la struttura, il processo, o le procedure e gli esiti.

STRUTTURA: comprende le risorse (personale, locali, attrezzature) ma anche la formazione e la qualificazione del personale e l'organizzazione del lavoro.

In effetti, le carenze assistenziali, sono dovute a mancanze organizzative nonché carenza di risorse umane ed a volte anche di materiale.

PROCESSO: riguarda la qualità degli interventi effettuati relativi alla diagnosi, alla terapia ed all'assistenza di base.

ESITI: gli esiti sono rappresentati sia dalle condizioni di salute sia dalla soddisfazione del paziente rispetto all'assistenza ricevuta.

6.1 VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

La cartella infermieristica è uno strumento indispensabile per la valutazione e revisione della qualità dell'assistenza infermieristica.

Tre sono gli orientamenti oggetto di valutazione:

1. Orientamento delle risorse basandosi sull'ipotesi che una buona struttura garantisce un processo assistenziale appropriato e che questo, a sua volta, assicuri buoni risultati;
2. L'approccio centrato sul processo, ossia l'insieme delle attività infermieristiche ritenute necessarie per risolvere i problemi dell'utente che si sviluppa nelle fasi del processo di nursing. Gli

elementi presi in considerazione sono: la diagnosi infermieristica, la pianificazione dell'assistenza, l'esecuzione delle prestazioni infermieristiche, l'esecuzione delle prescrizioni mediche, la sorveglianza del comfort e della sicurezza del malato e dei suoi familiari, la struttura e la compilazione della cartella infermieristica;

3. L'approccio ai risultati in cui la Qualità si misura valutando le modifiche apportate alla stessa.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza si può valutare anche attraverso la compilazione di questionari da parte degli utenti.

Anche se lo scopo fondamentale della V.R.Q. resta il cambiamento migliorativo e non l'acquisizione di nuove conoscenze, l'evento migliorativo è rappresentato senza dubbio dall'interpretazione dei dati raccolti al fine di consentire un confronto con i risultati.

Questo permette in un certo senso di controllare gli interventi correttivi; questo iter può essere suddiviso in sei fasi:

1) SCELTA DEI PROBLEMI E INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITA'

Il problema da valutare è scelto nell'insieme dei problemi prefissati; questo naturalmente deve essere valutato da tutta l'equipe di studio.

2) DEFINIZIONE DEI CRITERI DI QUALITA' E LIVELLI SOGLIA

Questi criteri vanno elaborati su base scientifica, preferibilmente stilati per iscritto e scelti dai partecipanti al progetto e devono soddisfare percentualmente livelli (livelli soglia) considerati di buona qualità.

3) DEFINIZIONE DI DIFFERENZE TRA REALTA' E CRITERI

Una volta stabiliti i criteri, si effettua uno studio che consente di descrivere le situazioni esistenti e la pratica in atto per confrontarla con i criteri stessi.

4) SPIEGAZIONE DELLE DIFFERENZE OSSERVATE

Si mettono in luce differenze tra realtà e criteri accettabili, se si deve tentare di spiegarne le cause; se si conclude che sono dovute a carenze organizzative si passa direttamente alla fase successiva.

5) EFFETTUAZIONE DELL'INTERVENTO RIVOLTO A RIPORTARE LE DISCREPANZE OSSERVATE ENTRO I LIMITI ACCETTABILI

Anche in questa fase gli interventi possono riguardare le risorse, l'organizzazione, la motivazione, le competenze degli operatori e le interazioni tra questi aspetti.

Oggi viene avvertita sempre più l'esigenza di valutare in modo sistematico la qualità dell'assistenza sanitaria *“la variabilità dell'intensità e delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie è così grande ed allo stesso tempo così poco spiegabile rispetto a considerazioni di ordine epidemiologico, clinico, scientifico o rispetto alla disponibilità di risorse, da dover concludere che esistono cure di buona e cattiva qualità e pazienti meglio o peggio di altri”* (A. Bonaldi *Curare la qualità*, 1994).

“La salute è la qualità della vita” (Virginia Anderson – *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, 1978): il compito primario dell'infermiere è offrire un'assistenza di qualità globalmente intesa.

DISCUSSIONE

Negli ultimi anni c'è stata una modifica sostanziale delle caratteristiche operative dei servizi di Pronto Soccorso sotto diversi aspetti, di conseguenza anche la figura dell'infermiere si è trovata a confrontarsi direttamente con i cambiamenti riguardanti il contesto lavorativo.

Infatti, il cambiamento nelle strutture d'emergenza è stato radicale con l'istituzione dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione di I e di II livello cui fanno riferimento, per patologie complesse, tutte le Unità Operative di Pronto Soccorso periferiche.

Come abbiamo potuto notare osservando i dati forniti dalle strutture d'emergenza che sono state prese in oggetto, dall'introduzione dell'informatizzazione e dall'uso dei codici-colore mediante il triage infermieristico, i codici di colore bianco che sono assegnati vanno aumentando man mano che passano i semestri.

E' doveroso precisare che durante l'anno 1999 (quando fu istituito il G.I.P.S.E.) c'è chiaramente stato un periodo di transizione per cui i codici non si assegnavano al meglio, problema che si è protratto per alcune strutture anche nel primo semestre del 2000.

La causa di tutto questo “ritardo” nella corretta utilizzazione del programma sta nel fatto che lo stesso non è stato distribuito in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, ma in base alla richiesta delle ASL che ne facevano richiesta.

Questo a chiara conferma che l’operatore (triagista) con il passare del tempo non ha fatto altro che cercare di migliorare, attribuendo all’utente che richiede l’intervento del personale di Pronto Soccorso il codice appropriato al suo caso clinico, favorendo così le patologie più gravi, snellendo al meglio il carico di lavoro dell’Unità Operativa.

Mettendo a confronto due Dipartimenti d’Emergenza di II livello come il Policlinico Umberto I ed il S. Giovanni Addolorata si nota che, le due strutture che raggiungono entrambe quasi 100.000 prestazioni annuali, riescono comunque a distribuire al meglio il carico di lavoro a seconda del tipo di prestazione e di livello di priorità.

Premettendo che i dati raccolti sono stati catalogati per semestri e non annualmente per facilitare la loro elaborazione e la comprensione andiamo ad analizzare le strutture singolarmente:

1. **Pronto Soccorso – Terracina:** Si nota un periodo di “transizione” di circa sei mesi in quanto sistema G.I.P.S.E. è stato inserito a novembre 1999.

Dal grafico si deduce un aumento degli accessi totali non inferiore a 4.000 con una percentuale pari al 4,5%

Notiamo inoltre come vi sia un incremento dei codici Bianchi; da circa l'1,2% del 2000 al 10% circa del 2001; mentre per i codici verdi e per gialli i numeri sono sovrapponibili durante tutti i periodi presi in esame.

Per quanto concerne i codici rossi le percentuali sono tutte sovrapponibili poiché netta è l'evidenza d'assegnazione di tale priorità.

Pressoché simili durante tutti i periodi in oggetto, il numero dei ricoveri e delle dimissioni (vanno in questo caso anche messi in conto i ricoveri d'elezione, in day hospital e day surgery non solo quelli d'urgenza).

Un miglioramento, invece, si nota nella diminuzioni dei codici "non eseguiti" che vanno da 332 nel primo semestre del 2000 a 129 nel primo semestre del 2002. (grafico 1; 2; 3; 4; 5)

Il numero degli accessi totali è più alto nei mesi estivi riferibile alla popolazione turistica presente nel luogo.

Dai grafici è evidente di come l'aumento dei codici Bianchi come prestazioni ambulatoriali risulti un inutile dispendio di risorse umane ed economiche.

Possiamo osservare un netto miglioramento della qualità professionale degli operatori sanitari con un aumento della priorità adeguata.

2. **D.E.A. di II Livello - Latina:** Questa situazione se non uguale è molto simile a quella della precedente struttura, miglioramento si ha nei triage “non eseguiti” che vanno da un picco massimo di 1550 nel primo semestre 2000 fino alla drastica riduzione di 209 nel secondo semestre 2002.

Per i codici bianchi si nota una punta massima che va dai 9499 del primo semestre 2000 a 12724 nel 2002 (grafico 6; 7; 8; 9; 10; 11).

Qui gli accessi totali sono pressoché sovrapponibili con lievissimi aumenti nei secondi semestri, dato anch'esso riferibile alla presenza di turisti nei mesi estivi.

Un'attenta osservazione ci fa notare invece come il numero degli utenti che sono stati dimessi dal Pronto Soccorso aumenta diminuendo quello dei ricoverati (da 4951 al 30/06/2000 a 4760 al 30/06/2000); questo grazie alle dotazioni (strutturali e specialistiche) che un D.E.A. possiede come ad esempio il locale per la breve osservazione del paziente.

L'esperienza di tutta l'equipe sanitaria, la dotazione di mezzi e strutture idonee, nel tempo, ci fanno capire quanto possa

funzionare meglio un D.E.A. rispetto ad un Pronto Soccorso in una realtà periferica.

E' anche utile far notare che l'introduzione del sistema operativo si ha anche qui verso gli ultimi mesi del 1999 con il suo periodo di "transizione".

3. ***D.E.A. II Livello - Policlinico Umberto I:*** Come detto in precedenza, anche in un Dipartimento d'Emergenza di II livello, universitario, come il Policlinico le sovrapposizioni dei dati sono simili alle strutture già esaminate.

Qui dobbiamo tener conto che l'introduzione del G.I.P.S.E. si è avuta già dagli inizi del secondo semestre 1999 (periodo anch'esso da considerare transitorio).

Gli accessi totali sono sovrapponibili per tutti i semestri tranne che nel I semestre del 2000 per il Giubileo con un aumento del 30%; c'è da non sottovalutare un elemento, quello dell'aumento dei triage "non eseguito" che evidenzia un'inversione di tendenza rispetto alle precedenti strutture, con 693 del primo semestre 2000 e 1520 del primo semestre 2002, probabilmente dovuti ad un aggiornamento non adeguato.

I codici verdi ed i bianchi sono sovrapponibili.

E' evidente, anche una diminuzione dei ricoveri, come un aumento dei casi "a domicilio", nel periodo compreso tra il 01/01/2000 ed il 31/12/2001; con punta massima nel primo semestre 2002 (grafico

4. **D.E.A. II Livello – S. Giovanni Addolorata:** Ci siamo chiesti se la situazione fosse la stessa anche in questa struttura e la risposta che ci siamo dati osservando gli accessi è la seguente:

è comune anche qui il periodo transitorio (premettiamo infatti che l'Azienda ha acquisito il sistema informatico nei primi mesi dell'anno 1999); notiamo anche un aumento di accessi di circa il 20% durante l'anno giubilare, ma confrontando gli stessi Policlinico, notiamo che quest'ultimo svolge un maggior numero di prestazioni rispetto al D.E.A. in oggetto con una differenza di 10-15000 accessi totali annui.

L'esame dei dati ci riporta alle stesse conclusioni delle prime due strutture (grafico 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24).

Ricordiamo che i due Dipartimenti d'Emergenza di II livello sono situati geograficamente molto vicini l'uno dall'altro.

La cosa che possiamo affermare con certezza è che l'avvento informatico nei Pronto Soccorso è stato chiaramente un sollievo per il personale sanitario che vi lavora, molti sono i vantaggi, dalla ricerca di dati anagrafici di un paziente, alla stampa di referti e/o certificati anche a

distanza d'anni senza nessuna compilazione e tantomeno ricerca manuale su cartaceo che, in ogni caso avrebbe raggiunto uno stato di deperimento biologico.

Molti altri sono i vantaggi che il sistema offre, come la possibilità di accesso ai dati per formulare statistiche, il rilascio immediato delle cartelle cliniche, delle schede sanitarie, nonché dei certificati di inabilità al lavoro.

C'è però da fare una precisazione sul Policlinico; esso adotta il cosiddetto Triage da bancone, cioè solo il semplice inserimento dei sintomi che l'utente avverte al momento dell'ingresso, con assegnazione automatizzata del livello d'urgenza.

Nel caso laddove il colore assegnato non fosse congruo, sarà la preparazione dell'infermiere che ovvierà a questo "ostacolo"; attribuendo il livello di priorità che ritiene appropriato per quella patologia, inserendo ulteriori sintomi.

La cosa giusta da fare sarebbe dare un'uniformità a tutta la rete informatizzata regionale.

CONCLUSIONI

Un esame accurato dopo tre anni dall'introduzione del sistema informativo G.I.P.S.E. ci porta alle seguenti conclusioni ove emergono punti critici quali:

- **L'aumento del carico di lavoro:** è stato visto che un sempre maggior numero di utenti si rivolge ai servizi di Pronto Soccorso, specialmente quelli che non necessitano di cure urgenti (codici bianchi), intasando il servizio.

Le cause andrebbero ricercate in diverse direzioni, dalle lunghe attese al CUP per esami di varia natura, ad una supposta mancata risposta del medico di base alle esigenze del cittadino, ad altre cause la cui natura assume i contorni più svariati e che meriterebbero da sole un approfondimento in un contesto a parte.

Il Pronto Soccorso è un luogo in cui c'è sempre qualcuno in grado di dare una risposta all'utente, sia psicologica che diagnostico terapeutica, risposta che all'esterno della struttura ospedaliera ovviamente non sempre esiste.

- **Il tipo di utente:** modificandosi ha conseguentemente trasformato il tipo delle prestazioni, infatti, la popolazione è più anziana e quindi maggiormente bisognosa di assistenza.

- **Le problematiche economiche aziendali:** hanno portato a ristrutturazioni organizzative con taglio del personale infermieristico, dei posti letto (Piano Sanitario Regionale 2002), con la chiusura di padiglioni ospedalieri, portando ad una diminuzione delle risorse dedicate, con conseguenti soste prolungate in PS dei pazienti in attesa di ricovero o di trasferimento in altra struttura.

Fanno altresì carico all'Azienda tutte le prestazioni diagnostico-terapeutiche effettuate alle patologie cui non è stato assegnato il livello di priorità, cioè il codice colore.

Il personale infermieristico, oltre a subire un aumento del carico di lavoro proporzionalmente agli accessi in Pronto Soccorso, deve fare i conti con un numero di personale ridotto e con un organo direttivo gestionale che con difficoltà supplisce a carenze di personale come invece in passato avveniva (magari paradossalmente anche in eccesso).

Quindi pensionamenti, aspettative e malattie spesso non vengono sostituite, la cui conseguenza porta inevitabilmente a periodi di continuità lavorativa, senza un'interruzione data dalle ferie periodiche (elemento determinante contro lo stress) che si prolungano sempre più, originando nell'operatore un aumento

della tensione e della stanchezza che a lungo andare può portare alla sindrome di Burnout.

Il tutto inserito in un contesto operativo di potenziale emergenza tipico del servizio di Pronto Soccorso, in cui in ogni momento senza previsioni possono affluire con propri mezzi o con ambulanze malati anche critici che ovviamente abbisognano senza attendere, d'assistenza specifica immediata, efficace ed efficiente.

- **Rapporto relazionale utente-operatore:** gli episodi di malasanità evidenziati dai mass media spesso inducono a preconcetti errati, per cui l'utente si relaziona con l'operatore (di solito il primo a scontrarsi con questa situazione è il triagista) in maniera che può anche essere aggressiva, in quanto l'individuo si reca nella struttura avendo già la convinzione, determinata dalle informazioni numerose ricevute dagli organi preposti, che chi vi opera non ha, nelle migliori delle ipotesi, le caratteristiche tecnico-relazionali adatte ad accogliere le sue richieste.

Mentre un tempo il rapporto era maggiormente collaborativo e di disponibilità in senso generale, negli ultimi anni è significativamente peggiorato, anche se possiamo asserire che nella nostra specifica realtà grazie all'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) ed alla collaborazione col Tribunale dei Diritti del

Malato e con altri organi rappresentativi della popolazione abbiamo assistito ad un inizio incoraggiante d'inversione di tendenza.

Un altro elemento importante che riguarda la mal informazione sono i numerosi programmi di medicina che entrano nelle nostre case con una miriade d'informazioni prettamente mediche e più sanitarie in generale che possono provocare disinformazione o inutili allarmismi.

Lungi questo dall'essere inutile, ha invece un effetto boomerang, nel senso che l'utente si reca al servizio con una propria diagnosi (spesso completamente errata) e pretende immediatamente indagini specifiche e visite specialistiche che lui ritiene indispensabili ed appropriate ai suoi sintomi.

Ciò determina dei conflitti perché nonostante l'operatore spieghi che prima di fare diagnosi il medico deve visitare il paziente e che i criteri di richiesta espressi non sono esattamente congrui con l'obiettività sanitaria, l'utente si sente rifiutato, non creduto e minimizzato nei suoi aspetti sintomatologici.

La sua ansia quindi non trova una risposta immediata che ne plachi l'effetto e questo purtroppo può determinare scontro ed incomprensioni.

Tutti questi elementi hanno comportato un cambiamento importante nell'operatività infermieristica di Pronto Soccorso, in tutti i suoi aspetti, da quello prettamente umano a quello tecnico, psicologico e relazionale.

Se ciò non fosse avvenuto la realizzazione di questa mia ricerca sarebbe stata impossibile.

La figura infermieristica deve iniziare a sviscerare i propri problemi in autonomia e cercare con metodo proprio di mettere a fuoco specifici problemi che possono portare a miglioramenti professionali e crescita culturale globale.

Quindi, per concludere possiamo affermare quattro fattori sono determinanti per il miglioramento di qualità ed accreditamento quali:

1. L'aggiornamento e la formazione continua del personale sanitario e specialmente per le Unità Operative; un buon triagista in Pronto Soccorso è un valido aiuto a tutta l'equipe nella formulazione della diagnosi evitando, inutili sprechi di tempo ed energie.

Altro aspetto importante dell'adeguamento formativo è sicuramente il rilievo economico visto che, allo stato attuale, il rimborso per le attività di Pronto Soccorso vengono effettuate in base ai codici colore assegnati al momento dell'accettazione dell'utente.

Il corretto uso del protocollo di triage può essere visto praticamente nelle tabelle che seguono, con il loro relativo rimborso regionale.

2. Una corretta informazione rivolta ai cittadini da parte delle istituzioni che li porti a conoscenza dei miglioramenti qualitativi che il Servizio Sanitario Nazionale mette a loro disposizione.

La maggior parte delle incomprensioni nascono, infatti, dalla disinformazione della collettività a quelle che, dagli “addetti ai lavori”, vengono definite evoluzioni nel processo di miglioramento della qualità assistenziale.

Al momento dell'introduzione dei codici di emergenza nonché del sistema G.I.P.S.E. nessuno o quasi era a conoscenza del suo funzionamento e del criterio col quale venivano assegnati i codici colore; dobbiamo quindi ringraziare tutti coloro che hanno contribuito praticamente e sul “campo” all'attivazione dei “nuovi” servizi di emergenza!

3. Altro punto critico che dovrebbe essere potenziato in una struttura ospedaliera è il servizio ambulatoriale di tipo specialistico; a volte come già detto in precedenza l'utente si rivolge al Pronto Soccorso certo di avere una visita in tempi brevi, ciò che non riesce ad ottenere mediante la prenotazione al CUP che a volte rilascia liste di attesa anche di mesi!

Le lunghe attese creano sicuramente sfiducia nella struttura e possono indurre l'utente a rivolgersi a cure private con dispendi notevoli.

4. Modificare il rapporto tra il cliente ed il medico di medicina generale (più comunemente chiamato "medico di famiglia") come fondamentale filtro tra l'utente e le strutture in particolare le Unità Operative di Pronto Soccorso.

**REMUNERAZIONE ACCESSI TRIAGE NON SEGUITI
DA RICOVERO DEI RESIDENTI NELLA REGIONE
LAZIO SULLA BASE DELLE TARIFFE PIENE
PREVISTE PER OGNI TIPOLOGIA DI TRIAGE
ANNO 2000**



Azienda
Unità Sanitaria Locale
Latina

**D.E.A. I LIVELLO OSPEDALE S. MARIA GORETTI
- LATINA -**

PRIMARIO: dott. Adolfo Pagnanelli

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	92	2.000.000	184.000.000
2 (giallo)	1556	600.000	933.600.000
3 (verde)	29497	300.000	8.849.100.000
4 (bianco)	15200	80.000	1.216.000.000
TOT.	46345		11.182.700.000

**AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO UMBERTO I
D.E.A. II LIVELLO OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I
- ROMA -**

PRIMARIO: Prof. Giuliano Bertazzoni

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	127	2.000.000	254.000.000
2 (giallo)	504	600.000	3.024.000.000
3 (verde)	34719	300.000	10.415.700.000
4 (bianco)	17342	80.000	1.387.360.000
TOT.	52692		15.081.060.000



Azienda
Unità Sanitaria Locale
Latina

**SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE
OSPEDALE ALFREDO FIORINI – TERRACINA –
RESPONSABILE: dott. Alberto Guidi**

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	42	2.000.000	84.000.000
2 (giallo)	913	600.000	547.800.000
3 (verde)	18322	300.000	5.496.600.000
4 (bianco)	3570	80.000	285.600.000
TOT.	22847		6.414.000.000

**AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI
D.E.A. II LIVELLO OSPEDALE S. GIOVANNI ADDOLORATA
- ROMA -**

DIRIGENTE DI II LIVELLO: dott. Giannantonio Cerqua

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	201	2.000.000	402.000.000
2 (giallo)	4587	600.000	2.752.200.000
3 (verde)	51973	300.000	15.591.900.000
4 (bianco)	17073	80.000	1.365.840.000
TOT.	73834		20.111.940.000

**REMUNERAZIONE ACCESSI TRIAGE NON SEGUITI DA
RICOVERO DEI NON RESIDENTI NELLA REGIONE LAZIO
SULLA BASE DELLE TARIFFE PIENE PREVISTE PER OGNI
TIPOLOGIA DI TRIAGE ANNO 2000**

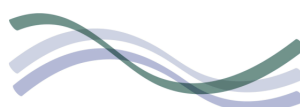


Azienda
Unità Sanitaria Locale
Latina

**D.E.A. I LIVELLO OSPEDALE S. MARIA GORETTI
- LATINA -**

PRIMARIO: **dott. Adolfo Pagnanelli**

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	5	2.000.000	10.000.000
2 (giallo)	40	600.000	24.000.000
3 (verde)	815	300.000	244.500.000
4 (bianco)	359	80.000	28.720.000
TOT.	1219		307.220.000



Azienda
Unità Sanitaria Locale
Latina

**SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE
OSPEDALE ALFREDO FIORINI – TERRACINA –
RESPONSABILE: dott. Alberto Guidi**

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	0	2.000.000	0
2 (giallo)	88	600.000	52.800.000
3 (verde)	1517	300.000	455.100.000
4 (bianco)	282	80.000	22.560.000
TOT.	1887		530.460.000

**AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI
D.E.A. II LIVELLO OSPEDALE S. GIOVANNI ADDOLORATA
- ROMA -**

DIRIGENTE DI II LIVELLO: dott. Giannantonio Cerqua

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	6	2.000.000	12.000.000
2 (giallo)	245	600.000	147.000.000
3 (verde)	3168	300.000	950.400.000
4 (bianco)	1287	80.000	102.960.000
TOT.	4706		1.212.360.000

**AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO UMBERTO I
D.E.A. II LIVELLO OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I
- ROMA -**

PRIMARIO: Prof. Giuliano Bertazzoni

codice triage	accessi	tariffa singola voce	remunerazione
1 (rosso)	15	2.000.000	300.000.000
2 (giallo)	350	600.000	210.000.000
3 (verde)	1572	300.000	471.600.000
4 (bianco)	1396	80.000	111.680.000
TOT.	3333		1.093.280.000

NOTA: Le cifre sono espresse in Lire visto che le remunerazioni si riferiscono all'anno 2000

REMUNERAZIONE DELLE STRUTTURE DI EMERGENZA - ANNO 2001		
(importi in migliaia di lire)		
ASL	ISTITUTO	REM. PIENA
RM/A	George Eastman	8.134.520
	San Giacomo	5.948.320
	San Giovanni Calibita - FBF	7.290.780
Totale RM/A		21.373.620
RM/B	Policlinico Casilino	13.626.680
	Sandro Pertini	15.599.180
Totale RM/B		29.225.860
RM/C	C.T.O.	9.522.160
	Madre Giuseppina Vannini	13.596.080
	Sant' Eugenio	8.685.820
Totale RM/C		31.804.060
RM/D	Giovanni Battista Grassi	10.181.620
Totale RM/D		10.181.620
RM/E	Aurelia Hospital	5.286.480
	Cristo Re	2.580.160
	Regionale Oftalmico	12.206.920
	San Carlo di Nancy	6.961.720
	San Pietro - FBF	1.114.200
	Santo Spirito	5.639.660
Totale RM/E		33.789.140
RM/F	Civile di Bracciano	3.868.080
	San Paolo	6.606.380
Totale RM/F		10.474.460
RM/G	Angelucci	2.433.040
	Coniugi Bernardini	5.458.880
	Parodi Delfino	5.211.200
	San Giovanni Evangelista	8.630.420
	Santissimo Gonfalone	6.946.040
Totale RM/G		28.679.580
RM/H	Civile di Velletri	6.648.760
	Ercole De Santis	6.264.560
	Generale Provinciale	9.191.380
	San Giuseppe (Albano)	6.307.660
	San Giuseppe (Marino)	6.007.220
	San Sebastiano Martire	7.905.500
	Sant' Anna	7.147.940
Totale RM/H		49.473.020
VT	Andosilla	3.905.900
	Belcolle	8.581.100
	Civile di Acquapendente	676.020
	Civile di Montefiascone	1.576.180
	Civile di Tarquinia	3.037.280
	Sant' Anna	1.739.800
Totale VT		19.516.280
RI	Francesco Grifoni	552.920
	Marzio Marini	965.060
	San Camillo de Lellis	6.193.520
Totale RI		7.711.500
LT	A. Fiorini	6.348.320
	Citta' di Aprilia	4.824.740
	Civile di Gaeta	4.155.440
	Civile di Sezze	2.152.120
	Dono Svizzero	6.455.640
	I.C.O.T.	4.268.100
	Regina Elena	2.778.740
	San Giovanni di Dio	4.529.180
Santa Maria Goretti		12.187.460
Totale LT		47.699.740
FR	Civile di Anagni	2.019.220
	Civile di Ceccano	3.267.620
	Gemma de Bosis	6.585.060
	Pasquale Del Prete	2.880.360
	San Benedetto	4.021.160
	Santissima Trinita'	5.508.620
	Umberto I	8.284.180
Totale FR		32.566.220
901	San Camillo- Forlanini	19.458.520

Totale 901**19.458.520**

902	San Giovanni	17.817.320
Totale 902		17.817.320
903	San Filippo Neri	8.821.600
Totale 903		8.821.600
904	Bambino Gesu'	6.617.720
Totale 904		6.617.720
905	A. Gemelli	14.944.740
Totale 905		14.944.740
906	Policlinico Umberto I	27.851.300
Totale 906		27.851.300
916	Policlinico Tor Vergata	402.180
Totale 916		402.180
TOT.COMPLESSIVO		418.408.480

N.B. : I DATI DEL SAN PIETRO FBF NON SONO COMPLETI

BIBLIOGRAFIA:

1. Società Italiana di Medicina D'emergenza-Urgenza (S.I.M.E.U.) Sezione Regionale Lazio: Progetto di accreditamento all'eccellenza dei servizi di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza della Regione Lazio.
(www.simeulazio.it)
2. Azienda U.S.L. Latina aree funzionali omogenee ospedaliere (Dott. Alessandro Pontecorvi) – Coordinamento attività servizi di Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento (Responsabile Dott. Raffaele Carnevale): Corso di formazione “Il Triage infermieristico in Pronto Soccorso”.
3. Da “IL Messaggero” del 08 Novembre 2001 : Saraceni ed Augello: <<Risparmieremo ma per ora non pensiamo ai ticket>>.
4. L'infermiere nell'emergenza extra ed intraospedaliera (IP Alessandro Meneghini C.O. 118 – Viterbo, IP Desolina Vacca U.O. Pronto Soccorso Ospedali Belcolle – Viterbo).
(www.simeulazio.it)
5. Percorso formativo per il personale coinvolto nel progetto di accreditamento all'eccellenza dei servizi di Pronto Soccorso e medicina d'urgenza della Regione Lazio (S.I.M.E.U. Lazio – S.I.V.R.Q. Lazio).
(www.simeulazio.it)
6. Nursing in emergenza: Utopia o realtà? (Convegno “*Linee guida in Medicina d'Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996) (Giorgio Mereu – Azienda Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata).
(www.simeulazio.it)
7. Qualità dell'assistenza infermieristica in Pronto Soccorso (Convegno “*Linee guida in Medicina d'Urgenza*”

Roma 5 – 6 giugno 1996).

(Potenza Carmela, Scocco Rossella – Lazio Soccorso 118 – postazione S. Eugenio – Azienda USL Roma C).

(www.simeulazio.it)

8. Strumenti operativi in emergenza: La scheda infermieristica di accettazione /P.S.

(Convegno “*Linee guida in Medicina d’Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996)

(Marinella D’Innocenzo, Antonella Leto – Dirigenti servizio Assistenza Infermieristica – Azienda USL Roma B).

(www.simeulazio.it)

9. Trasferimenti: Problemi in un Pronto Soccorso periferico

(Convegno “*Linee guida in Medicina d’Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996)

(M. Cappelloni, P. Menichella, V. Valentini – Servizio di Pronto Soccorso – Ospedale “San Sebastiano Martire” – Frascati – Azienda USL Roma H).

(www.simeulazio.it)

10. La comunicazione tra operatori ed utenti del D.E.A.

(Convegno “*Linee guida in Medicina d’Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996)

(L. Aquilar, P. Silvestri, M. Summo – Pronto Soccorso Ospedale Sandro Pertini – Roma).

(www.simeulazio.it)

11. Ruolo di filtro del D.E.A. : Nuovi servizi alternativi al ricovero

(Convegno “*Linee guida in Medicina d’Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996)

(Massimo De Simone, Adolfo Pagnanelli, Stefania Cerrai – D.E.A. Ospedale S. Eugenio – Azienda USL Roma C).

12. Introduzione alla “Valutazione dell’assistenza infermieristica”

(Convegno “*Linee guida in Medicina d’Urgenza*” Roma 5 – 6 giugno 1996)

(Massimo De Simone, Adolfo Pagnanelli, Stefania Cerrai – D.E.A. Ospedale S. Eugenio – Azienda USL Roma C).

(www.simeulazio.it)

13. Regione Lazio – Assessorato alla Sanità –
Dati sulla remunerazione degli accessi ai Pronto Soccorso per tipologia di Triage non seguiti da ricovero con onere a carico del S.S.N. – anni 2000 E 2001 – (Istituti presi in esame: D.E.A. I livello S. Maria Goretti – Latina – D.E.A. II livello S. Giovanni Addolorata – Roma – Pronto Soccorso Osp. A. Fiorini – Terracina –).
14. Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) Lazio – Il progetto G.I.P.S.E..
15. Antonio di Pietro: Costituzione italiana, diritti e doveri (Larus editore, settembre 1994).
16. Azienda USL Latina Ospedale “S. Maria Goretti” di Latina, D.E.A. di I livello: Dati sugli accessi al D.E.A. secondo la priorità al Triage e l’esito d’intervento (Anni 1999 – 2000 – 2001 – 2002).
17. Azienda USL Latina Ospedale “Alfredo Fiorini” di Terracina (LT), U.O. di Pronto Soccorso: Dati sugli accessi al Pronto Soccorso secondo la priorità al Triage e l’esito d’intervento (Anni 1999 – 2000 – 2001 – 2002).
18. Azienda S. Giovanni Addolorata Ospedale “S. Giovanni Addolorata” D.E.A. di II livello: Dati sugli accessi al D.E.A. secondo la priorità al Triage e l’esito d’intervento (Anni 1999 – 2000 – 2001 – 2002).
19. Università degli studi di Roma, Azienda Policlinico Umberto I “Policlinico Umberto I” D.E.A. di II livello: Dati sugli accessi al D.E.A. secondo la priorità al Triage e l’esito d’intervento (Anni 1999 – 2000 – 2001 – 2002).
20. Azienda USL Ravenna: Burnout in Pronto Soccorso. Ovvero il fallimento dell’autorealizzazione?
(I.P. Venturini Luca).
21. TRIAGE: Procedimento decisionale al servizio del paziente.
(Valerio Gai Dirigente medico di II livello U.O. Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Ospedale Molinette)
E.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1999.

22. Agenzia di Sanità Pubblica, Legge Regionale sull'istituzione del sistema G.I.P.S.E., (Deliberazione N° 7628 del 22/12/1998).
23. Regione Lazio, Deliberazione N° 2594 del 19/12/2000. Remunerazione Unità Operative anno 2000.
24. Virginia Anderson – Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, Casa editrice Ambrosiana, Cremona 1999.
25. Agenzia di Sanità Pubblica Lazio, Rapporto SIES attività di Emergenza anno 2000.
26. Codice Deontologico dell'Infermiere.
27. Organizzazione Mondiale della Sanità; Programma “Salute per tutti” Anno 2000; Obiettivo n° 31.
28. Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992 n° 76, D.P.R. 27 marzo 1992; Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.
29. Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992 n° 305, D. Lgs. 30 dicembre 1992 n° 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992.
30. Gazzetta Ufficiale del 16 luglio 1999 n° 165, d. Lgs. Del 19 giugno 1999 n° 229.
31. Gazzetta Ufficiale del 28 agosto 2001 n° 310, Aggiornamento del D. Lgs. del 19 giugno 1999 n° 229.