

## ***Organizzazione dell'attività infermieristica, con particolare riferimento a: determinazione degli organici, inserimento di nuove figure professionali, organizzazione del lavoro, protocolli assistenziali***

### **SCALETTA**

1. Ruolo dell'AFD con riferimento alla funzione organizzativa
2. Carichi di lavoro → turnistica
3. Organizzazione del lavoro inf.co
  - funzionale
  - piccole èquipe
  - primary nursing
4. Inserimento nuovi assunti
5. Protocolli

L'Infermiere Professionale Abilitato a Funzioni Direttive (AFD), ormai sicuramente sorpassato il termine Caposala che per troppo tempo ha contribuito a fornire un'immagine troppo restrittiva di questa professione, riveste un ruolo di coordinamento all'interno dell'organizzazione sanitaria e per questo gli vengono attribuite specifiche funzioni e conseguenti compiti. Tra queste funzioni, come sancisce il DPR 761/79, importante e forse prioritaria quella di organizzare l'attività infermieristica, che non può più accontentarsi di una mera esecuzione di compiti, ma deve dimostrare di poter definire dei precisi obiettivi assistenziali da raggiungere in modo multidisciplinare con il miglior utilizzo delle risorse che l'organizzazione mette a disposizione.

In questo lavoro l'AFD deve sicuramente essere supportato dall'Ufficio Infermieristico che mantiene i rapporti con la Direzione dell'Azienda, ma il suo contributo è sicuramente fondamentale per lo stretto contatto che quotidianamente ha con l'Unità Operativa e con tutto il personale. Sarà infatti poi compito suo fare in modo che le strategie definite vengano seguite, creando un idoneo clima di lavoro tra il personale, predisponendo le idonee condizioni organizzative.

L'aspetto prioritario è sicuramente rappresentato dallo *staffing*, assegnazione del personale di assistenza, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Risulta infatti importante non solo definire quanti operatori assegnare ad una Unità Operativa, ma lo è anche stabilire di che ruolo sceglierli.

Per la definizione del numero l'ultimo provvedimento legislativo emanato è il D.M. del 13 settembre del 1988 che suddivide le degenze in sei categorie (Terapia intensiva, specialità ad elevata assistenza, specialità a media assistenza, specialità di base, riabilitazione, lungodegenza).

Questo metodo di assegnazione presenta sicuramente dei limiti, perché non considera le reali condizioni dei pazienti che il personale è chiamato ad assistere, per evitare ciò occorre prima di tutto identificare la tipologia ed il numero dei pazienti e le

conseguenti prestazioni richieste in base al livello di complessità assistenziale e di non-autosufficienza nelle varie attività della vita quotidiana (ADL). Esistono a questo proposito metodi scientifici che consentono, attraverso griglie validate a livello internazionale, di definire i carichi di lavoro, di codificare i pazienti e mediante tempi predefiniti stabilire l'esatto fabbisogno di personale per l'erogazione dell'assistenza (Metodo Svizzero, PRN).

Analizzando attentamente le attività richieste potrà emergere la necessità di non limitare l'organico al solo personale infermieristico, ma arricchirlo di figure di collaborazione, classico esempio il personale OTA, il cui inserimento spesso ha creato perplessità e dubbi.

E' invece evidente che solo attraverso l'utilizzo di questa risorsa, il personale infermieristico potrà occuparsi in modo più diretto delle prestazioni strettamente infermieristiche evitando compiti impropri, vedendo così sicuramente riqualificato il suo ruolo.

L'inserimento di queste figure deve però avvenire con una idonea formazione di tutto il personale, perché si realizzi una stretta collaborazione. Compito dell'AFD dovrà essere proprio quello di garantire un clima di integrazione, indispensabile perché l'assistenza possa comunque essere globale e continuativa.

Una volta definito l'organico reale sarà necessario definire i turni di lavoro.

Il personale potrà essere utilizzato come turnista o come diurnista, in genere coesistono entrambe le possibilità per poter garantire una copertura maggiore durante le ore diurne sicuramente più impegnative delle notturne.

La cosa fondamentale è che l'orario abbia un ciclo continuativo e possibilmente ripetitivo, che risulta sicuramente più semplice da gestire ed evita continue ridefinizioni, inoltre lo stesso personale è in grado di programmare a priori il proprio turno.

All'interno dell'Unità Operativa l'assistenza può essere organizzata in modo diverso, ancora una volta in base alla tipologia dei pazienti, al numero del personale assegnato ed alle caratteristiche strutturali del reparto stesso.

Il modello forse ancora più seguito è l'**organizzazione funzionale** caratterizzata dall'assegnazione di compiti da svolgere ad ogni operatore. Questi compiti (giro medicazioni, giro terapia, parametri vitali, ecc) vengono in genere fatti ruotare, ma in questo modo l'operatore non è responsabile del paziente in senso globale, ma del compito assegnatoli.

Con questa organizzazione ogni operatore sa sicuramente cosa fare, ma gli viene negata la possibilità di conoscere globalmente il suo assistito che nello stesso tempo non può avere nessun punto di riferimento nel gruppo degli operatori.

Un modello più recente e, per questo forse non ancora adeguatamente interiorizzato, è quello delle **piccole équipe**, secondo il quale gli operatori dell'Unità Operativa vengono suddivisi in piccoli gruppi, ognuno dei quali segue un ristretto numero di pazienti. All'interno di ogni gruppo viene identificata una figura di riferimento che garantisce la continuità lavorativa e la comunicazione con le altre équipes.

Ogni gruppo deve, comunque essere dotato di tutti gli strumenti per la documentazione che consente il passaggio delle informazioni riguardanti i pazienti.

In questo caso l'AFD ha il compito di coordinare tutti i gruppi perché seguano le stesse linee operative, ma deve delegare agli IP alcune classiche mansioni, rimanendo un costante punto di riferimento.

Con questo modello organizzativo viene sicuramente garantita una maggiore conoscenza dei pazienti, che, a loro volta possono instaurare un rapporto più diretto con lo stesso personale.

Non bisogna però dimenticare che per attuare una simile organizzazione occorre un sufficiente numero di personale e che devono essere garantite periodiche riunioni di tutte le équipes per uno scambio di informazioni che riguardi tutti i pazienti, non sono infatti da escludere momenti di collaborazione in situazioni di emergenza o in alcuni momenti della giornata (esempio la notte).

Infine il personale infermieristico può erogare una **assistenza primaria (primary nursing)**, con la quale un solo IP è responsabile di tutta l'assistenza di un piccolissimo numero di pazienti (raccolta dati, pianificazione, valutazione), quanto questo IP non è in servizio un altro esegue le prescrizioni che il primo gli ha lasciato. Si tratta di un metodo non applicabile a tutte le situazioni, sia per il numero di operatori che richiede, che per il particolarissimo rapporto che si instaura tra l'operatore ed il paziente. Un possibile utilizzo potrebbe essere nell'assistenza domiciliare o nelle sezioni di terapia intensiva.

In una situazione organizzativa di questo tipo, sarà proprio l'AFD ad assegnare i pazienti ai diversi IP in base alle loro caratteristiche, oltre a supervisionare l'attività ed i risultati assistenziali.

Come si è accennato in precedenza non è possibile stabilire a priori quale modello organizzativo adottare, ma analizzando la situazione potrebbe emergere la necessità di un sistema piuttosto che un altro e l'integrazione di due modelli contemporaneamente.

Indipendentemente dall'organizzazione che si decide di adottare è importante che tutto il personale accetti e condivida le scelte, solo così potranno essere superate le difficoltà iniziali, e che eventuali nuovi operatori vengano messi a conoscenza del modello che si utilizza oltre che di tutto ciò che sta alla base della sua scelta. Evidente come in questo ambito il ruolo dell'AFD sia di primaria importanza.

Ogni nuovo assunto deve infatti avere inizialmente un colloquio proprio con l'AFD, poi dovrà essere seguito nel primo periodo da un collega del reparto, che non deve essere casuale ma accuratamente scelto per la sua capacità di trasmettere tutte le indicazioni necessarie all'inizio delle attività (struttura del reparto, orari, disposizione del materiale, pazienti e relative caratteristiche).

Proprio per l'importanza di tale figura potrebbe essere previsto anche un periodo teorico di formazione per gli operatori interessati e ritenuti idonei dall'AFD (Infermiere guida), insieme al quale potrebbero anche definire un vero e proprio protocollo di inserimento dei nuovi assunti.

Il *protocollo* rappresenta in generale, e non solo in questa circostanza, un utilissimo strumento di lavoro, di integrazione e di omogeneizzazione delle prestazioni.

Si definisce infatti protocollo un documento scritto, concordato dal gruppo, che traduce conoscenze professionali in comportamenti che gli operatori dovrebbero

adottare nello svolgimento di determinate attività (assistenziali, di ricerca, di educazione alla salute, ecc).

Fondamentale che il gruppo partecipi attivamente alla scelta dell'argomento e alla stesura, perché solo così, più probabilmente, potrà seguirlo e non lasciarlo diventare un semplice documento cartaceo da deporre nel cassetto.

Il protocollo deve comunque garantire agli operatori libertà di azione, limitandosi a definire alcuni elementi di base rispondenti a principi scientifici.

Per essere considerato tale un protocollo deve basarsi su una letteratura professionale scientificamente attendibile, motivare gli atti da compiere, essere scritto, essere applicabile ed essere soggetto a periodiche revisioni.

In questo vasto panorama organizzativo che può coinvolgere la professione infermieristica, l'AFD in molte occasioni può e deve assumere un ruolo attivo, in molti altri casi, ed è forse questo l'aspetto più importante ma sicuramente anche più complesso, deve essere l'elemento di stimolo per il gruppo, il supporto teorico ed il fondamentale punto di riferimento per qualsiasi situazione critica.

Indispensabili allora una buona preparazione teorica, ma anche innate doti di negoziazione oltre ad una esperienza che solo sul campo si può ottenere.