



Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

AMBULATORIO INFERMIERISTICO: TRA NORMATIVA E PRATICA

Relatore: **Prof. Salemi Michelangelo**

Laureanda: **Paz Landim Marques Julyanna**
Matricola: **1048373**

Anno Accademico 2015 -2016

INDICE

INTRODUZIONE

AMBULATORIO INFERMIERISTICO E RUOLO DELL'INFERMIERE.....1

PNS, PSSR VENETO E NORMATIVA VIGENTE.....3

ESPERIENZA SUL CAMPO E ANALISI DEI DATI.....9

AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE:

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONE.....17

Limiti della ricerca.....19

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

L'idea di sviluppare, come argomento di tesi, le tematiche inerenti il “servizio ambulatoriale infermieristico” nasce dalla curiosità scaturita dalla lettura di un articolo che ne parlava, dal quale emergeva con chiarezza l'importanza sempre maggiore della figura infermieristica nella presa in carico degli utenti.

Tale consapevolezza andava sempre più rafforzandosi seguendo le lezioni di organizzazione sanitaria durante le quali, appunto, è stato studiato il Piano Socio Sanitario della Regione Veneto e confrontando lo stesso con altre realtà regionali, nazionali ed internazionali, relativamente al ruolo in questione. A questo punto, maturata l'esigenza di affrontare tale tematica, si è deciso di studiare tale fenomeno oltre che da un punto di vista scientifico e letterale anche da un punto di vista pratico.

Per questo, parlando con la coordinatrice infermieristica della Piastra Ambulatoriale del Presidio Ospedaliero presente nella mia città, è emerso subito come nella realtà quotidiana ci fossero delle differenze pratiche e tangibili su ciò che effettivamente viene definito Ambulatorio infermieristico in letteratura (*modello organizzativo che affida all'infermiere una grande autonomia*) con quanto concretamente viene messo in pratica.

Per questo motivo, il presente lavoro ha lo scopo di analizzare i diversi aspetti riguardo l'ambulatorio infermieristico, tra i quali: *capire di che realtà si tratta; quali sono le competenze e le prestazioni richieste alla figura infermieristica; quali leggi ne parlano a riguardo e che tipo di gap è presente tra gli aspetti teorici e la realtà da me studiata ed analizzata.*

Quanto sopra anche alla luce della crescente ricollocazione delle prestazioni e delle cure specialistiche ambulatoriali, e non solo, verso il territorio.

Per questo le domande guida del presente lavoro sono state le seguenti: *può l'ambulatorio infermieristico costituire un punto di svolta per la professione infermieristica? Manca qualcosa affinché questo possa essere effettivamente possibile? Ma soprattutto, qual è l'importanza della continuità delle cure affidate alla figura infermieristica?*

AMBULATORIO INFERMIERISTICO E IL RUOLO DELL'INFERMIERE

La professione infermieristica è stata molto emancipata negli ultimi anni in Italia ed una serie di normative hanno consentito che si sviluppasse ed iniziasse ad avere un riconoscimento diverso, una consapevolezza della rilevanza professionale nella salute e l'importanza per la società^{1,2}.

Già dal 1992 con D.Lgs 509, assistiamo alla nascita nelle università, e non più nelle scuole regionali, dello sviluppo e della notevole implementazione della formazione professionale infermieristica.

Nel 1994 viene approvato, con il DM 739, il profilo infermieristico. Nel 1999 con L. 42 vi è l'abrogazione del mansionario^{1,2,3,4} e nel 2009 si arriva alla definizione del Nuovo Codice Deontologico che illustra:

“Le norme deontologiche e professionali che fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, che dello status, che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale”².

Tutto questo ha dato ai professionisti maggiori competenze ed autonomia, soprattutto per quanto riguarda la definizione dei bisogni assistenziali degli assistiti, delle loro famiglie e delle comunità in cui sono inseriti.

Inoltre negli ultimi anni il Piano Sanitario Nazionale (PSN) ha introdotto come uno dei principali obiettivi quello di garantire la continuità delle cure, con una visione integrata ed olistica del benessere; ampliando e rinforzando i servizi sul territorio, riducendo così i posti letto in ospedale e il tempo di degenza, affinché ci sia un trattamento delle acuzie all'interno dei reparti ospedalieri e una continuazione in altri servizi pubblici, privati o convenzionati^{5,6}.

Dinanzi a tutto ciò, la figura infermieristica in Italia ha iniziato ad analizzare, studiare e mettere in pratica altri modelli organizzativi, tra cui, appunto, l'Ambulatorio infermieristico.

L'ambulatorio infermieristico, come già accennato, è un nuovo modello organizzativo di gestione di assistenza infermieristica⁵, che garantisce un insieme di prestazioni infermieristiche volte a garantire la promozione della salute a quelli che richiedono la

soluzione di problemi di salute o il mantenimento di una buona qualità di vita, puntando anche all' *empowerment* dell'assistito^{1,5}.

Le prestazioni solitamente proposte dai servizi che utilizzano questo modello sono: educazione terapeutica, medicazioni, terapie farmacologiche, elettrocardiogramma, prelievi, misurazione della glicemia, monitoraggi vari, eccetera^{1,5,7,8}.

L' "*American Academy of Nursing Ambulatory Care*" (AAACN) sottolinea l'importanza e l'insostituibilità della figura dell'infermiere all'interno di questo servizio in quanto definiscono il ruolo dell'infermiere come: Fautore del miglioramento della sicurezza degli assistiti, e non solo, ma anche della qualità e dell'efficacia delle cure riservata a loro; gli infermieri hanno le competenze per la progettazione, gestione e soprattutto valutazione dei servizi forniti agli assistiti^{9,10}.

Inoltre l'AAACN ritiene che l'infermiere all'interno del suo ruolo abbia il dovere di fornire la leadership, coordinare i servizi e comprendere dove è necessario il *mix* delle competenze, delegare i compiti, ed inoltre ha la responsabilità degli esiti delle persone assistite sotto la loro direzione^{9,10}.

Questo modello è nato nei Paesi anglosassoni e negli ultimi anni è stato adottato anche qui in Italia¹.

Infatti, nel 2002, risultavano essere presenti già 250 ambulatori localizzati in diverse regioni italiane (regioni con maggior numero di ambulatori, tra cui: Trentino Alto Adige, Toscana, Lombardia), e la letteratura e diverse linee guide di questi ultimi 5 anni ci dimostrano l'apertura di altri ambulatori, come ad esempio ancora altri in Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Sicilia^{7, 11, 12, 13}, la piastra ambulatoriale nell'UISS7 veneta (analizzata meglio in seguito).

Questo tipo di servizio risulta essere pubblico, privato, oppure convenzionato, e lo possiamo trovare all'interno degli Ospedali, Distretti Sanitari, studi associati; a volte può pure integrarsi con l'assistenza domiciliare¹.

Il nuovo ruolo si rivolge non solo all'individuo, ma anche alla famiglia e alla comunità¹.

PNS, PSSR VENETO E NORMATIVA VIGENTE

I principali strumenti di programmazione e guida utili a tutti gli operatori chiamati a garantire la salute dei cittadini, con il loro operato, sia esso politico e di programmazione, che operativo e quindi pratico, sono: 1) il Piano Sanitario Nazionale (PSN), che dà la base legislativa e programmatica nazionale affinché ogni regione, a seconda del proprio contesto e dei bisogni della popolazione, oltre che nel rispetto e garanzia dei 2) LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), redigano ed adottino 3) il Piano Sanitario Regionale ⁶.

In base a questa considerazione si è cercato all'interno del PSN cosa di fatto viene definito a riguardo degli ambulatori infermieristici.

In particolare al suo interno, troviamo uno specifico capitolo riservato alle cure primarie e territoriali. Nel dettaglio si definiscono Cure Primarie, (come viene definito dall'OMS):

“Quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione”¹⁴.

Qui si nota una prima importante associazione tra il nuovo modello organizzativo e quanto da noi già affermato nel precedente capitolo.

Infatti anche il modello organizzativo punta a garantire una assistenza sanitaria basata su competenze infermieristiche valide e comprovate, che mira anche all' autonomia e autodeterminazione, assistendo sia gli individui, che la famiglia e la comunità.

Inoltre il PSN, all'interno dei suoi obiettivi di salute, rileva la necessità di mantenere una visione olistica del benessere, sottolineando l'importanza delle cure primarie e territoriali, con una particolare attenzione alla **continuità della cura** e alla salvaguardia di quella fetta di popolazione che ne necessita maggiormente:

- Assistiti post-acuti;
- Assistiti cronici, stabilizzati, con innumerevoli bisogni assistenziali e rischio di ospedalizzazione inappropriata;
- Assistiti cronici in buone condizioni, ai quali serve un monitoraggio continuo;
- Assistiti che hanno i requisiti necessari per un'educazione all'autocura ⁶.

Quindi è essenziale prendere a carico in modo globale e completo i bisogni di salute dell'utente e favorire questa continuità attraverso un **coordinamento dell'assistenza**, valutando gli esiti di salute e favorendo l'*empowerment* degli utenti ⁶.

Tutto questo porta a concludere che il modello organizzativo, qui presentato, potrebbe essere inserito all'interno delle possibili modalità per raggiungere con maggiore efficacia ed efficienza i risultati offerti dai LEA ai cittadini, alla comunità e alle famiglie.

Risulta importante, anche, riportare che uno dei principali obiettivi del PSN è implementare la rete assistenziale, con un lavoro in team, che sia in grado di identificare in modo chiaro, responsabile e procedurale la definizione e effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, in caso sia necessario, tra le diverse strutture ed ambiti sanitari ⁶.

Il PSN prende in riferimento gli strumenti che troviamo all'interno delle varie regioni; in particolare si noti che tra questi vengono elencati, in modo generalizzato, i centri di comunità/poliambulatori specialistici, all'interno dei quali si trovano medici specialistici, Medico di Medicina Generale (MMG) ed infermieri ⁶.

Anche se non viene inserito nell'ambito ambulatoriale il coordinamento puramente infermieristico, si rileva che in altri servizi sono già state messe appunto delle strutture intermedie con il coordinamento affidato al team infermieristico con un medico che svolge compiti di consulenza, quando necessario ⁶.

Con tutto ciò, comunque, il PSN, non specifica niente a riguardo dell'ambulatorio infermieristico, né il ruolo specifico dell'infermiere al suo interno.

Tuttavia, sottolinea che ci sono ancora decreti in via di emanazione, in particolare relativi alla possibilità di usufruire di prestazioni infermieristiche; questo affinché i servizi sanitari, attualmente erogati, siano più accessibili e siano più congrui al raggiungimento degli obiettivi fissati, permettendo una continuità assistenziale maggiore rispetto a quella attuale ⁶.

Mentre il PSN non emana tali decreti, esso affida questa responsabilità al Piano Sanitario Regionale, quindi si è analizzato quello del Veneto, considerata la parte pratica che verrà studiata in seguito in seguito ⁶.

All'interno del Piano Socio Sanitario Regionale Veneto (PSSR) si è presa in considerazione la parte riguardante l'assistenza territoriale e l'assistenza specialistica.

Il PSSR basa il suo lavoro su alcuni fondamenti quelli più rilevanti per questa analisi risultano essere:

- La flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, per seguire al meglio gli utenti fragili;
- Valorizzare il ruolo dell'infermiere, in particolare nel prendersi cura AUTONOMAMENTE di quello che è il processo di *nursing*, impegnandosi e sviluppando la funzione anche di *case manager*, in particolare per gli utenti cronici, attivando le risorse assistenziali e coordinandosi anche con il medico/pediatra di famiglia¹⁵.

Questo e altri punti chiave servono per garantire un'uniformità tra i servizi offerti alla comunità¹⁵.

Le caratteristiche di questa gamma di servizi territoriali combacia, come si è visto precedentemente, con quelli del PSN:

- Generalista: include una serie di servizi diversificati che serviranno per i processi di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, cura, riabilitazione, monitoraggio;
- Olistica: l'utenza abordata da questi servizi non è semplicemente l'individuo nella sua singolarità, ma anche nel contesto familiare e della comunità;
- Continua: si focalizza, tipicamente, in una presa in carico, di una valutazione nel tempo dei problemi di salute individualizzati¹⁵.

Si noti che ci sono caratteristiche che coincidono anche con la visione del modello organizzativo presentato all'interno del lavoro (*esempio: promozione della salute, il monitoraggio, la valutazione e il raggiungimento dell'individuo nella sua globalità*), motivo in più per poter prendere in considerazione questo tipo di modello all'interno della Regione.

Si evidenzia anche che, tra gli obiettivi prioritari di salute, ci sono:

- L'educazione e la promozione della salute;
- Assistenza agli utenti cronici, come ad esempio quelli diabetici, quelli oncologici, utenti che soffrono di scompenso cardiaco, BPCO, con un importante inserimento di processi di autocura con l'educazione terapeutica e il monitoraggio dei risultati.

In questa area il PSSR enfatizza la strutturazione di ambulatori, ad esempio per le cure palliative, e lo sviluppo del ruolo infermieristico.

- Assicurare una continuità delle cure dell'intero percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)¹⁵.

Proprio perché negli ultimi anni c'è stato un cambiamento significativo nella epidemiologia della popolazione dove l'area cronica, in netta crescita, occupa una parte molto importante e rilevante nel PSSR del Veneto¹⁵.

In particolare si avverte l'esigenza di definire nuovi modelli organizzativi, che coinvolgano tutte le discipline. Ogni disciplina deve essere in interazione con l'altra, ma allo stesso tempo con una definizione specifica dei ruoli, affinché si raggiunga un'integrazione delle prestazioni, che favorisca una continuità delle cure. Inoltre tutto questo deve permettere di utilizzare misure assistenziali ed organizzative di lampante evidenza scientifica ed efficacia¹⁵.

Infatti, come si rileva nel codice deontologico, la carenza organizzativa e di definizione può segnare disfunzionalità e disservizi, anche per una mancata definizione, innumerevoli correlazioni tra risorse poco chiare².

La regione, di fronte a tutto questo, riconosce l'importanza della necessità di ampliare il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità, nelle iniziative di promozione della salute, e di continuità delle cure. Per questo scopo, incentiva l'implemento di una formazione continua e la messa a disposizione degli strumenti necessari per acconsentire un'assistenza ottimale e un lavoro in team tra i diversi professionisti e servizi¹⁵.

Infatti si prevede, per una efficace e razionale organizzazione, la gestione e l'integrazione degli infermieri all'interno del *team* multi-professionale, in modo che ci sia un responsabile infermieristico che lavori al fianco del Direttore delle funzioni territoriali per:

- Partecipare alla programmazione delle attività;
- Sostenere l'attivazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del *nursing case management*;
- Per supportare le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali¹⁵.

Il PSSR quindi stimola e incentiva la messa in atto di nuovi modelli organizzativi assistenziali. Infatti nel paragrafo riservato alle assistenze specialistiche, troviamo menzionato l'ambito ambulatoriale¹⁵.

Lo definisce un "*trend*" in crescita, in ambito diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo.

Oltre a tutte le considerazioni fatte fino adesso, ritroviamo che la regione del Veneto ha subito una variazione negli ultimi anni per quanto riguarda l'epidemiologia della popolazione.

Inoltre si è notato che il cittadino ha un altro approccio ai servizi, dovuto anche alla continua riduzione dei posti letto di degenza in ospedale e alla consapevolezza dei propri bisogni di salute¹⁵.

Tra gli obiettivi elencati da questo servizio si sottolinea la parte economica, la messa a punto di standard coerenti con i bisogni, un potenziamento del sistema informativo, una collaborazione più chiara e sincronizzata tra strutture accreditate e pubbliche, con il monitoraggio del servizio affinché ci possa essere una valutazione dell'impatto sulla qualità delle prestazioni fornite dal servizio e una continuità in tutto il percorso assistenziale.

Per quanto riguarda i professionisti che sono presenti all'interno del servizio, nelle aree di cui si occupano si rileva poco sia della figura dell'infermiere ma anche delle altre figure presenti¹⁵.

Infatti ciò a cui viene data più importanza in questo servizio, all'interno del PSSR, sono le visite con gli specialisti e le diagnosi mediche dei problemi di salute¹⁵.

Quindi non è stato ancora definito che ruolo ha l'infermiere e che possibilità ha di sviluppare la sua figura professionale all'interno del regime ambulatoriale.

Osservando, inoltre, che tutto questo è volto, anche, a garantire i LEA, e che qualsiasi prestazione che assicuri il loro raggiungimento dovrebbero essere misurabili con indicatori sia clinici (*outcomes*) sia organizzativi (indicatori di *performance*), si è preso in considerazione il Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali (NTPSA)¹⁵.

Per la parte sperimentale del presente lavoro si sono analizzate alcune aree del NTPSA, legate alla parte pratica che verrà sviluppato:

- Alcune voci riguardanti a degli interventi (chirurgici e ortopedici)^{16 p. 9-11,16-17};
- Urologia^{16 p.12};
- Misure anatomiche e fisiologiche ^{16 p.27-9};
- Cardiologia da sforzo^{16 p.29};
- Monitoraggio circolatorio^{16 p.30};
- Prestazione di laboratorio^{16 p.30-51};
- Terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate^{16 p.55-8};

- Sostituzione e rimozione sussidi terapeutici ^{16 p.60-1};
- Altre procedure varie^{16 p.63}.

Si noti che all'interno di queste, in nessuna troviamo un codice riservato all'educazione terapeutica, escluso per il paziente diabetico (codice 98.82.1, 98.82.2)¹⁶.

Le medicazioni non vengono specificate, ma solo quelle correlate agli interventi in sé. Questo vale anche per i monitoraggi riguardo all'efficacia del trattamento o alla raccolta dati per la valutazione dell'efficacia legate al trattamento proposto¹⁶.

Non vengono specificati test effettuati dall'infermiere, in specifico quei test che servono a valutare e confermare una determinata diagnosi infermieristica appartenente alla tassonomia NANDA, di cui gli infermieri spesso usano di riferimento.

Quindi risulta, a volte difficile, individuare le prestazioni infermieristiche all'interno del nomenclatore.

ESPERIENZA SUL CAMPO E ANALISI DEI DATI

Per quanto riguarda la parte sperimentale è stata analizzata parte dell'attività della Piastra Ambulatoriale (PA) del P.O. di Conegliano all'interno dell'Ospedale dell'ULSS 7 presso cui ho svolto attività di studio e rielaborazione dati al fine di stendere la presenti tesi.

Tale Piastra collocata all'interno di uno dei due Presidio Ospedalieri dell'Ospedale dell'Ulss7 in funzione effettiva dal Gennaio 2012¹⁷ è gestita da un coordinatore infermieristico afferente alla direzione medica ospedaliera¹⁵.

Le attività sono, ad oggi, organizzate nei 5 giorni settimanali da lunedì a venerdì, con orari specifici a seconda dell'ambulatorio, per un totale di prestazioni nell'anno 2015 di circa 219.835.

Dai dati emersi, in particolare, si è posta l'attenzione ai seguenti ambulatori (*di seguito si riportano gli orari e il numero di prestazioni registrate per ognuno nel 2015*)¹⁹:

- Ambulatorio Urologico: 7³⁰-16⁰⁰ per un totale di prestazioni ambulatoriali di 8.013
- Ambulatorio Ginecologico: 8⁰⁰-16⁰⁰ per un totale di prestazioni ambulatoriali di 13.840
- Centro Antidiabetico (CAD): a seconda dell'esigenza → 8⁰⁰-16⁰⁰- 8⁰⁰-13¹⁵ per un totale di prestazioni ambulatoriali di 6.563;
- Ambulatorio Polispecialistico: in base alla specialistica → 8⁰⁰-16⁰⁰, 8⁰⁰-17⁰⁰, 10⁰⁰-18⁰⁰, 8⁰⁰-13³⁰, 13⁰⁰-18³⁰ per un totale di prestazioni ambulatoriali di 38.053;
- Ambulatorio Chirurgico/Ortopedico: 8⁰⁰-16⁰⁰/17⁰⁰, 8⁰⁰-18⁰⁰, 10⁰⁰-18⁰⁰, 13³⁰-19⁰⁰, 8⁰⁰-13³⁰ per un totale di prestazioni ambulatoriali di 29.170;
- Ambulatorio Preoperatorio: a seconda dell'esigenza → 7³⁰-15³⁰, 8⁰⁰-17⁰⁰ (totale prestazioni all'interno del polispecialistico). ^{17,18,19}.

La struttura dispone di 26 ambulatori e di una accettazione centralizzata, "reception", dove gli utenti vengono accolti, registrati e indirizzati all'ambulatorio in cui verranno ricevuti, mediante un sistema informatizzato centralizzato di ultima generazione.

Gli utenti assistiti dall'ambulatorio possono essere autosufficienti, parzialmente autosufficienti oppure allettati (che provengono quindi dai reparti o dal proprio domicilio tramite ambulanza)¹⁷.

Successivamente, considerata la notevole mole di attività giornaliera presso la Piastra Ambulatoriale, che vede in media circa 500 nuovi accessi giornalieri, si è proceduto all'analisi della distribuzione percentuali specialistica, si veda la *Figura 1*,

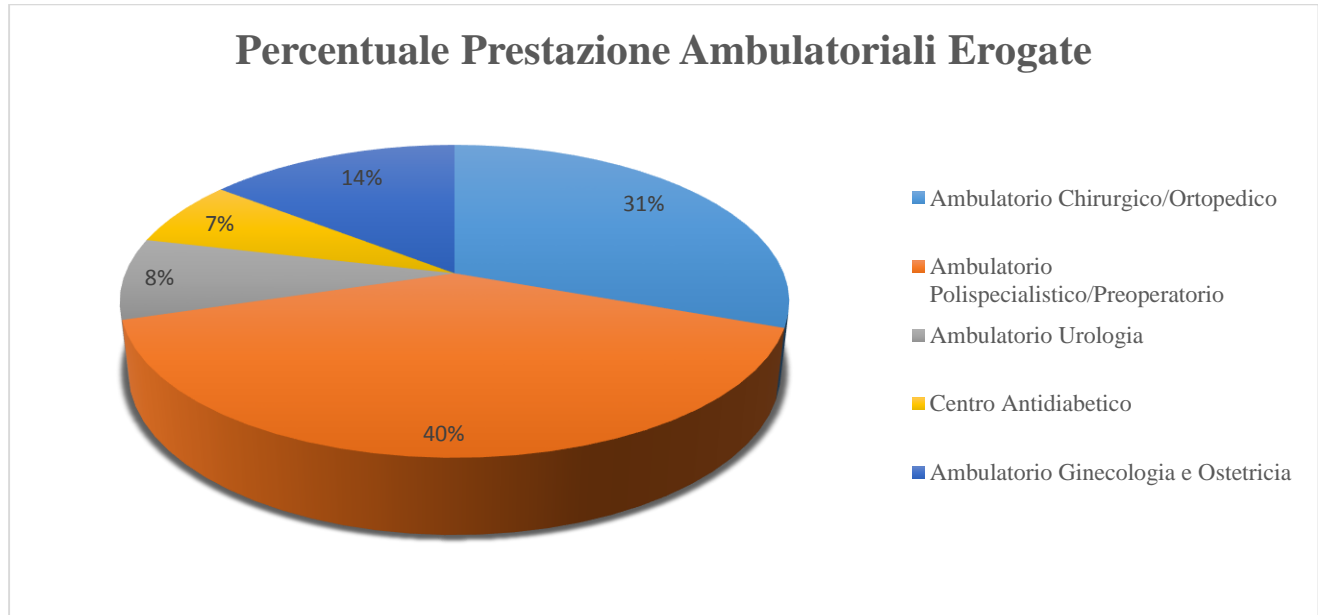


Figura 1: Distribuzione percentuale delle prestazioni ambulatoriali erogate per specialità.

Si evince che la PA fornisce una serie di servizi dove la figura infermieristica collabora con altre figure professionali ed altre dove lavora in autonomia e responsabilità.

Gli ambulatori all'interno della Piastra ambulatoriale sono destinati al Preoperatorio, alla Chirurgia/Ortopedia, all'Urologia, alla Ginecologia, al CAD, alla Chirurgia, al Polispecialistico (allergologia, angiologia, epatologia, nefrologia, infettivologia, oncologia, dermatologia, pneumologia, endocrinologia, internistica, audiometria, ORL)¹⁷.

Seguendo un'analisi delle prestazioni fornite da ciascun ambulatorio in base al documento stipulato dalla direzione medica sull'organizzazione del lavoro, si è individuata la quantità delle diverse attività elencate per i diversi ambulatori, in base alle caratteristiche descritte: le attività di autonomia infermieristica (Azzurro), di collaborazione (Grigio), e quelle eseguite da altre figure professionali (Arancione).

In seguito a questa analisi, sono stati considerati gli ambulatori che rispondono maggiormente alle caratteristiche di ambulatorio infermieristico oggetto della presente tesi, dove l'infermiere, in qualche momento, attua la presa in carico del paziente, l'esecuzione della prestazione e la

raccolta dei risultati; è stata calcolata quindi la percentuale del lavoro svolto autonomamente da parte dell'infermiere all'interno delle attività ambulatoriali.

Sono stati ottenuti i seguenti dati all'interno delle varie aree specialistiche:

- Urologia: 44% di prestazioni svolte in autonomia da parte dell'infermiera (*Figura 2*),

Alcune di queste prestazioni sono:

- Uroflussometria
- Cambio catetere vescicale
- Instillazioni vescicali di Chemioterapico
- Urodinamica
- NPT (*Notturnal Peninean Test*)
- Educazione Terapeutica all'autocateterismo
- Pad test ^{17,18}.

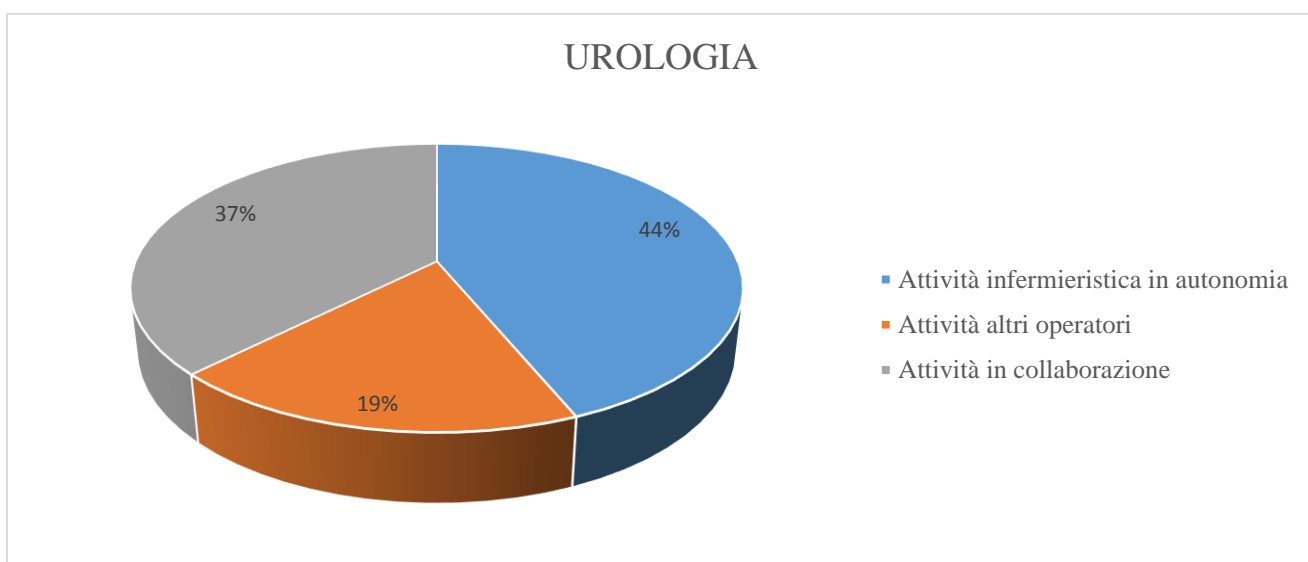


Figura 2: Attività svolta all'interno dell'ambulatorio Urologico a seconda del professionista in valori percentuali.

- Ginecologia: 11% di prestazioni svolte in autonomia da parte dell'infermiera (si veda la *Figura 3*)

Ad esempio: Urodinamica^{17,18}.

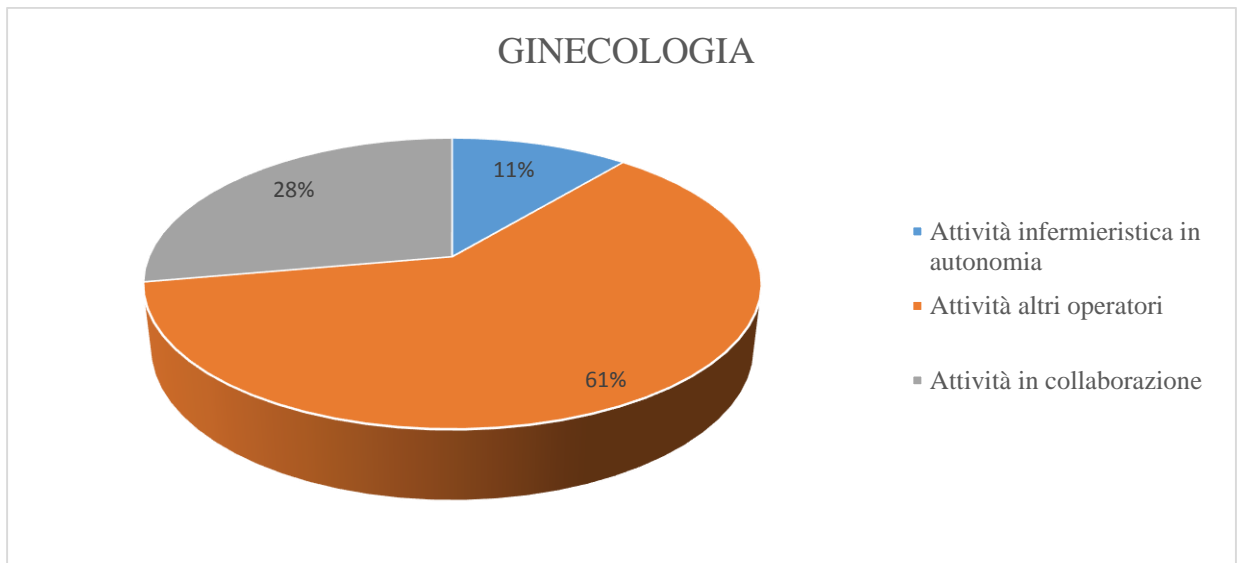


Figura 3: Attività svolta all'interno dell'ambulatorio Ginecologico a seconda del professionista in valori percentuali.

- Centro Antidiabetico: 72% di prestazioni svolte in autonomia da parte dell'infermiere (Figura 4)

Alcune di queste prestazioni comprendono:

- Terapia educativa individuale e collettiva
- Medicazione piede diabetico
- Dan test (*Diabetic Autonomic Neuropathy Test*)
- Monitoraggio pressorio nelle 24 h
- Misurazione della pressione arteriosa degli arti inferiori (ABI: *ankle brachial index*)
- Test Vibratorio per i riflessi periferici (VPT)^{17,18}.

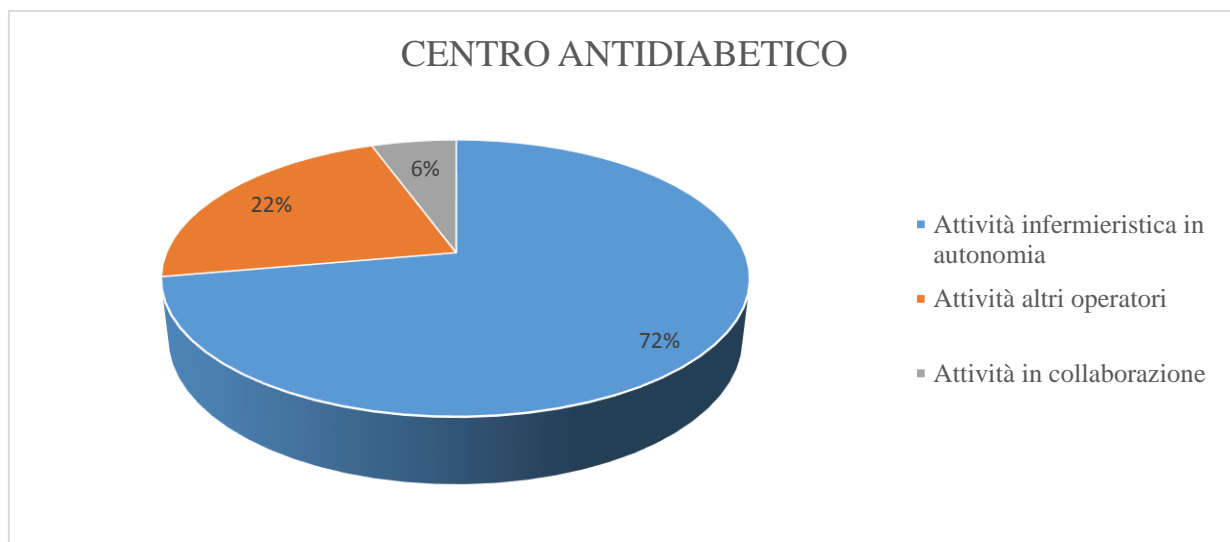


Figura 4: Attività svolta all'interno del Centro Antidiabetico a seconda del professionista in valori percentuali.

- Polispecialistici: ne è risultata una forte percentuale (67%) di attività in collaborazione, ma molto poche (4%) in autonomia (*Figura 5*)

Alcune di esse sono:

- Spirometrie
- Ossimetrie
- *Winsor test*^{17,18}.

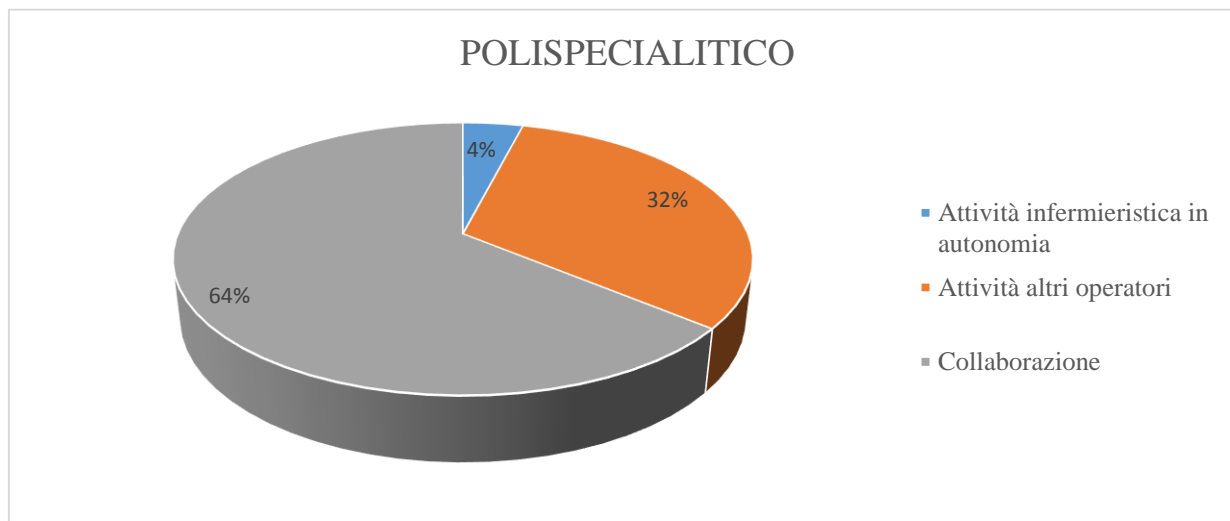


Figura 5: Attività svolta all'interno dell'ambulatorio Polispecialistico a seconda del professionista in valori percentuali

- Preoperatorio: 21% di prestazioni svolte in autonomia da parte dell'infermiere (*Figura 6*). Alcuni esempi sono rappresentati da:
 - contatti telefonici con pazienti per programmare gli accessi alla preparazione agli interventi (sia ordinari che *week/day surgery*) ed eventuali “slittamento” /annullamento dell'appuntamento
 - Inserimento assistiti in lista operatoria
 - prelievi ematici, ECG^{17,18}.

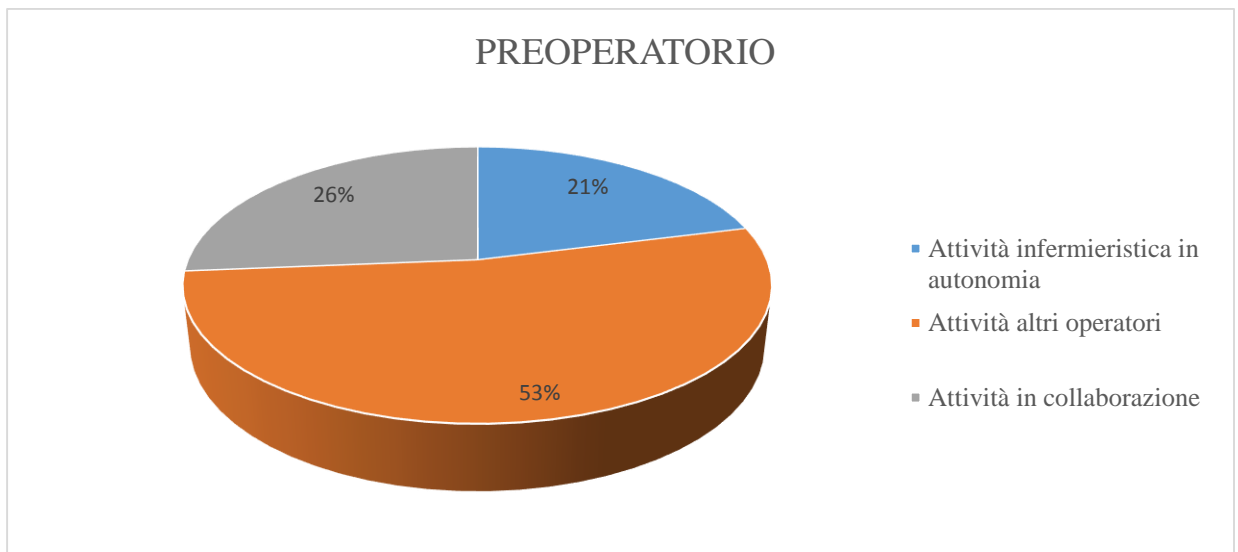


Figura 6: Attività svolta all'interno dell'ambulatorio Preoperatorio a seconda del professionista in valori percentuali.

- Chirurgia/Ortopedia: 43% delle prestazioni sono svolte in autonomia da parte dell'infermiere; inoltre viene specificato nel piano di lavoro che tra i 4 ambulatori dedicati a quest'area specialistica, 2 sono abilitati alle medicazioni (post-interventi, ustioni, ulcere varie, abrasioni, enterostomie, traumi), e sono esclusivamente gestiti da infermieri, con la presenza anche di operatori socio sanitari. (*Figura 7*)^{17,18}.

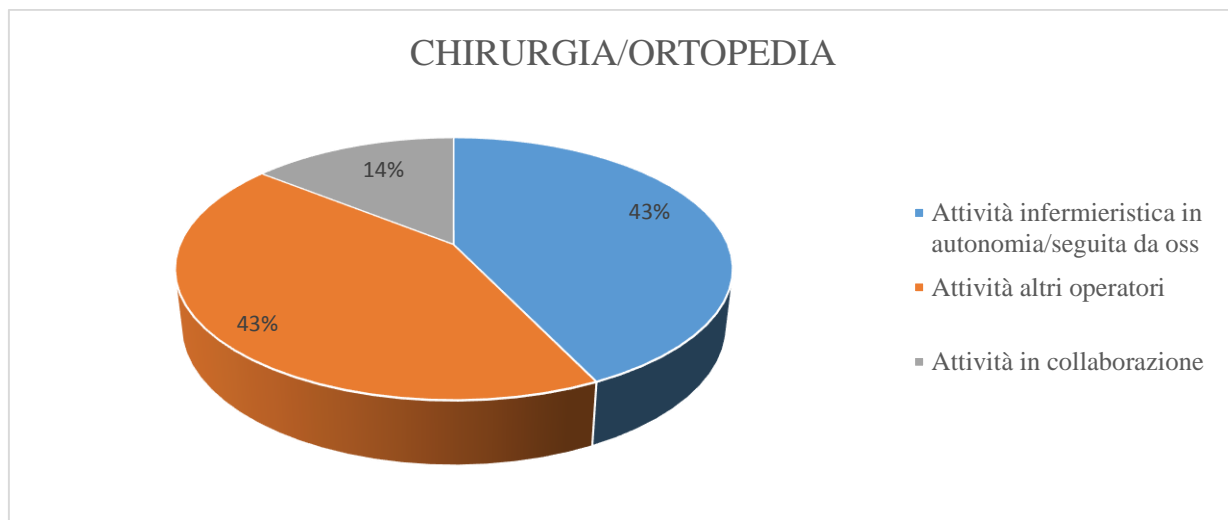


Figura 7: Attività svolta all'interno dell'ambulatorio Chirurgico/Ortopedico a seconda del professionista in valori percentuali.

Le prestazioni più comunemente eseguite autonomamente dall'infermiere, risultano essere: in ambito di educazione terapeutica, monitoraggio, esecuzioni di medicazioni, prelievi, somministrazione di farmaci prescritti, raccolta di campioni per esami.

Da questi risultati possiamo notare che l'ambulatorio riservato al centro diabetico e l'urologia, che trattano malattie croniche, hanno una percentuale significativa per quanto riguarda le attività in autonomia della figura professionale.

Un altro ambulatorio con un'importante percentuale di attività in autonomia o in collaborazione con la figura dell'operatore socio sanitario è l'ambulatorio di Chirurgia/Ortopedia, nello specifico la parte della medicazione, che sottolinea l'importanza della continuità della cura, in quanto utenti dei reparti chirurgici vengono assistiti anche dopo la dimissione; ciò è di forte importanza per gli obiettivi del Piano Sanitario sia Nazionale che Regionale^{6,15}.

Per una migliore gestione di queste prestazioni, recentemente all'interno del CUP (il sistema di prenotazione delle visite specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale), sono state inserite alcune prestazioni di natura infermieristica che sono state specificate, affinché si riesca a conteggiare e presentare come risultato dinanzi alla regione e allo stato; prestazioni che normalmente vengono eseguite, ma che non riconosciute, o non specificate.

Infatti all'interno del Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale, a cui il CUP fa riferimento per prenotare le prestazioni messe a disposizione dei LEA (Livello Essenziale di Assistenza), alcune prestazioni vengono omesse o non specificate, con una difficile tracciabilità¹⁶.

Quindi, come si può notare da questo esempio e dalle percentuali riportate precedentemente, il ruolo infermieristico viene riconosciuto all'interno della sua autonomia, dando l'opportunità, all'interno del servizio di raggiungere quelle che sono le prestazioni utili per l'assistito, usando le competenze professionali, per raggiungere il benessere, assicurare la promozione della salute ed una continuità del percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

Tuttavia notiamo che risultano essere presenti ancora delle difficoltà nel riconoscimento al livello più ampio, con il rischio di perdere questo nuovo percorso, per mancanza di chiarezza legislativa soprattutto per quanto concerne l'attribuzione di incarichi formali come responsabile.

Oltre a questo, la PA consente anche un'integrazione interprofessionale e multi-professionale, inter-istituzionale, attraverso il progetto: "Integrazione professionale multi professionale polispecialistica", il quale ha già avuto 4 edizioni.

Nato anche per consentire l'aggregazione tra il personale, per costituire un unico gruppo, fino ad ora, permette una formazione sul campo dei professionisti in diverse aree specialistiche presenti nella PA, affinché ci sia un turnover e per far acquisire competenze specifiche relative alla nuova specialità nella quale dovranno agire in autonomia, dopo un'adeguata formazione. L'attività permette anche l'acquisizione di crediti ECM (ovvero Educazione Continua in Medicina).

Tutto ciò permette al professionista un'evoluzione riconosciuta, ciò che è l'autonomia professionale in diversi ambiti a seconda della necessità del servizio. Infatti promuove ulteriormente l'autonomia professionale in diverse specialistiche, tramite questo nuovo modello organizzativo.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE: CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONE

Prendendo in considerazione i risultati dello studio e l'elaborazione dei dati si evidenzia quindi che:

- ❖ Il modello organizzativo degli ambulatori infermieristici permette al professionista di coordinare e eseguire prestazioni infermieristiche al cittadino, aumentando così la sua autonomia e responsabilità di fronte alla comunità e garantendo una maggior continuità delle cure all'assistito, alla famiglia e alla popolazione.
- ❖ Il PSN incentiva l'*empowerment* dell'utente, la continuità delle cure e la necessità di considerare i problemi di salute dei cittadini in modo completo e globale, attraverso un coordinamento dell'assistenza.

Ciò indica che il PSN incoraggia e ha bisogno di modelli organizzativi che favoriscano il raggiungimento di tutti questi obiettivi.

All'interno dell'elenco degli "strumenti" usati dalle varie regioni, si trova la voce "centro di comunità/poliambulatori, dove troviamo medici specialisti, Medico di medicina generale ed infermieri", oltre a questo nulla viene più menzionato o specificato a rispetto delle prestazioni svolte in regime ambulatoriale.

- ❖ Nel PSSR del Veneto, il cambiamento epidemiologico e legislativo, ha dato una forte spinta al riconoscimento della figura dell'infermiera, inserendola anche al fianco del direttore generale.

Si vede che l'area della cronicità è la più indicata dalla Regione per lo sviluppo di questa figura professionale, che viene invitata a prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* e anche del ruolo di *case manager*.

Purtroppo però come rilevato, il PSSR menziona la prestazione in regime ambulatoriale, ma nulla specifica sulla presenza infermieristica, o sul ruolo che questa ha all'interno del servizio.

Questo invece potrebbe acconsentire una promozione del servizio all'assistito, con un accrescimento del "senso" di una assistenza continua.

Una maggior chiarezza legislativa, inoltre, acconsentirebbe una definizione del ruolo dell'infermiere all'interno del servizio, sia per il proprio professionista, sia per gli altri operatori e per l'utenza⁸. Ciò per di più acconsentirebbe una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multi-professionale¹⁵.

- ❖ Il PSSR sottolinea l'importanza dell'infermiere nell'area cronica, che risulta di forte impatto all'interno della regione veneta e che ha una forte necessità di una continuità delle cure.
- ❖ Il CUP ha cercato di colmare quelle che, purtroppo, risultano essere alcune lacune del Nomenclatore tariffario, il quale non è ancora completo delle prestazioni infermieristiche, nello specifico, rese disponibili all'utenza per il raggiungimento di una migliore continuità delle cure. Ma certe attività risultano ancora di difficile registrazione.
- ❖ La PA riportata come esempio pratico del modello, dimostra un'importante percentuale di attività infermieristiche eseguite in autonomia, le specialistiche più evidenti sono: Centro diabetico, Urologia, Chirurgia.
Nonostante all'interno della piastra ci siano altre figure professionali, le percentuali indicano il grande coinvolgimento dell'infermiere, nella sua autonomia.
Inoltre la PA incentiva un ampliamento delle conoscenze infermieristica con il programma "formazione sul campo". Questo dimostra che questo modello, non sviluppa solo nella pratica il ruolo dell'infermiere, ma anche dal punto di vista dell'insegnamento (ECM).
- ❖ Quindi la PA, se sviluppasse tutto il suo potenziale, supportato anche dai piani, che stabiliscono la parte normativa della assistenza, potrebbe diventare un punto di riferimento, più chiaro, per gli utenti. Inoltre, potrebbe diventare anche un altro importante strumento per l'obiettivo più grande: quello di assistere l'utenza in modo globale.
- ❖ Analizzando poi le competenze della figura professionale dell'infermiere, possiamo oggi dedurre che lo stesso è chiamato sempre più a sviluppare una maggiore autonomia professionale, oltre al fatto che diventa un importante punto di riferimento per gli

assistiti!

In conclusione, di fronte a queste considerazioni, bisognerebbe specificare di più nella normativa, una realtà già attuata; dare la possibilità di registrare e dimostrare i risultati, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni infermieristiche; promuovere la PA affinché possa essere riconosciuta come strumento per il raggiungimento comune della continuità delle cure, e il ruolo infermieristico all'interno del servizio, professionista che accompagna l'utenza in tutto il percorso assistenziale. In ultimo sarebbe utile prevedere, da parte delle aziende, la possibilità di nominare con incarichi di responsabilità sempre maggiori (es: *responsabile I.P.A.S., U.O.S., U.O.S.D., U.O.C.*) tale personale infermieristico così come avviene per i Dirigenti Medici, e questo non solo per l'importanza stessa e formale dell'atto ma anche per una gratificazione personale.

Limiti della ricerca

Si individuano alcuni limiti legati alla analisi dei dati. Non è stato reperito un questionario o scala in letteratura per analizzare il piano di lavoro infermieristico e le attività in autonomia elencati da questi ultimo, ma si è analizzato all'interno delle competenze universitarie fornite dal percorso degli studi e alla definizione del piano di lavoro, che specificava l'attività come autonoma della figura professionale dell'infermiere.

Per dimostrare in modo più efficace l'impatto di questo modello, e nello specifico della PA sui cittadini, si dovrebbe condurre uno studio più approfondito con un questionario convalidato sulla reazione percepita e se loro si sentono seguiti e assistiti; nello specifico anche quali sono i miglioramenti che percepiscono sulla qualità di vita.

Sarebbe necessario sottoporre uno anche al personale infermieristico dove, sempre tramite un questionario, vengono indicati i limiti all'interno del servizio, i benefici e se effettivamente sentono la responsabilità all'interno della piastra.

Nulla si è analizzato sulla percezione da parte dei professionisti, se si sentano riconosciuti all'interno del loro ruolo e come vivono questa nuova realtà.

Non è stato analizzato l'impatto sul budget e sul rapporto costo/beneficio di tali prestazioni infermieristiche eseguite in regime ambulatoriale.

La letteratura risulta scarsa da questo punto di vista e ci sono stati pochi studi randomizzati sulla tematica, soprattutto sul suolo italiano.

Quindi risultano essere necessarie ulteriori ricerche sull'impatto del modello. Anche per avere in modo più chiaro i risultati ottenuti, sia per quanto riguarda l'autonomia della figura infermieristica, sia per quanto riguarda l'impatto sui cittadini e sul budget.

BIBLIOGRAFIA

- (1) R Alvaro, G Venturini, D Tartaglini, E Vellone, M G De Martins Ambulatory care nursing sites in Italy results of a pilot study. *Igiene e Sanità Pubblica* 2009; 65: 241-52
- (2) Il Nuovo Codice Deontologico 2009. Disponibile al sito:
http://www.ipasvive.it/images/stories/documentazione/codice_deontologico/codice_deontologico.pdf Ultimo accesso: Gennaio 2016.
- (3) Tavolo di lavoro regioni-ministero. Evoluzione della professione infermieristica. Disponibile al sito: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8863607.pdf> Ultimo accesso: Febbraio 2016
- (4) M G Proietti, R Brugioni, E De Vito, R Baffioni, L Sammarco L'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ambulatori specialistici. *Infermiere oggi* 2011; 4:3-11
- (5) M Antonazzo L'ambulatorio infermieristico: un nuovo modello organizzativo volto a rispondere alle necessità sanitarie della cittadinanza indagine conoscitiva condotta presso la ASL di Lecce. *Io Infermiere* 2011, 2: 38-42
- (6) Italia. Schema di piano sanitario nazionale. Roma: Ministero della salute; 2011-2013
- (7) Italia. Progetto ambulatorio infermieristico, ipotesi di fattibilità ASP Palermo. Palermo: ASP Palermo; 2005
- (8) F Boschetti, G Mutillo Modello organizzativo di ambulatorio infermieristico: esperienze e confronto tra pubblico e privato. *Io infermiere* 2005, 4:18-23
- (9) American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN). Disponibile nel sito:
<https://www.ajj.com/clients/list/american-academy-ambulatory-care-nursing-aaacn>
Ultimo accesso: Gennaio 2016
- (10) The Role of Registered Nurse in Ambulatory Care. Disponibile nel sito:
<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/The-Role-of-Registered-Nurse-in-Ambulatory-Care.html> Ultimo accesso: Gennaio 2016

- (11) Lazio: un ambulatorio infermieristico per l'assistenza ai pazienti fragili; 2011
Disponibile nel sito: http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=2659 Ultimo accesso: Gennaio 2016
- (12) Infermieri di famiglia e ambulatori infermieristici. I 5 Stelle lombardi "adottano" la proposta dell'Ipasvi. La legge in Consiglio regionale; 2014 Disponibile nel sito: http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=21498 Ultimo accesso: Gennaio 2016
- (13) "Commissione formazione" Collegio IPASVI Ferrara. Ipasvi Ferrara: il bilancio dei convegni promossi nel 2012. Infermiere Collegio 2012. 2: 25-6
- (14) Kazakistan. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: Declaration of Alma-Ata; 1998
- (15) Italia. Legge regionale 29 giugno 2021, n.23 Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Veneto: Regione del Veneto; 2012
- (16) Italia. Nomenclatore tariffario prestazioni specialistiche ambulatoriali. Veneto: Regione del Veneto.
- (17) Italia. Analisi organizzativa e indicatori di assistenza. Veneto: Azienda Ulss 7 Veneto 2013
- (18) Italia. Organizzazione del lavoro. Veneto: Azienda Ulss 7 Veneto; 2014
- (19) Italia. Prestazioni Specialistiche erogate da strutture Ulss 7. Veneto: Azienda Ulss7/ Ufficio Statistica; 2015