

## Strumenti di integrazione organizzativa per il “Continuous Quality Improvement” : Protocolli & Procedure

Sandro Geatti, Marisa Pegoraro,  
EDTNA-ERCA Italian Branch Education Board

### Introduzione

Gli ultimi decenni sono stati contrassegnati dalla progressiva consapevolezza che il contributo infermieristico nel garantire la salute dei cittadini è determinante. La professione infermieristica è stata investita da un grande processo di trasformazione tuttora in corso, rivolto ad elevare la qualità di se stessa e, di riflesso, quella dei servizi resi.

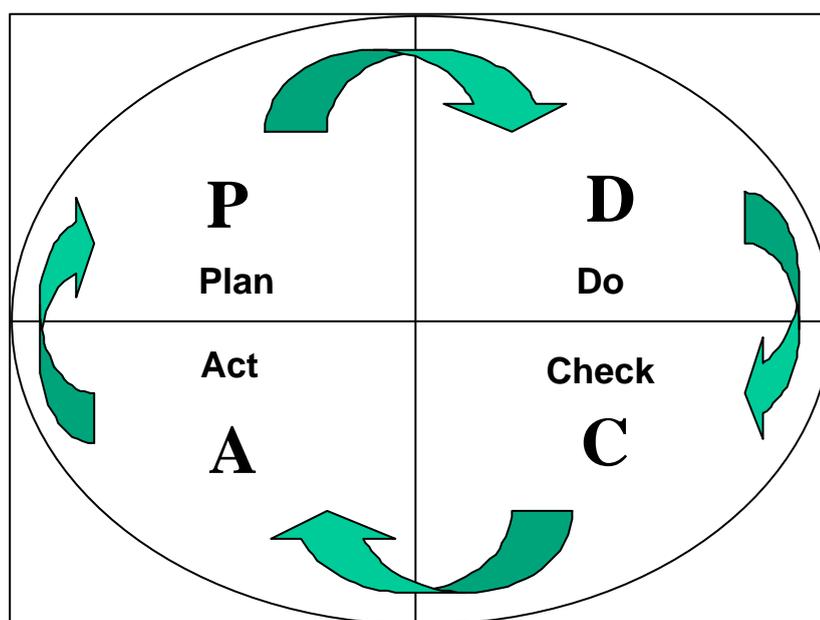
Le strategie professionali orientate alla qualità si basano su presupposti quali la valutazione costante dei risultati (prima di tutto la soddisfazione del paziente), il controllo critico dei processi, l'utilizzo idoneo di appropriati strumenti di integrazione organizzativa.

### L'integrazione organizzativa

Nell'ambito di una organizzazione sanitaria, il controllo sui processi rappresenta uno dei migliori presupposti ed allo stesso tempo una garanzia di continuo miglioramento della qualità dei risultati (Peacock, Bednarski & Matern, 1995).

Questa caratteristica di continuità dinamica è probabilmente il principale aspetto del CQI (Continuous Quality Improvement) che si basa sul ciclo conosciuto come PDCA (Harbert & Wick, 1995; Gabellini, 1998), e visualizzato nella tab.1

- La pianificazione (*plan*) del miglioramento: definire i nuovi livelli di prestazione ed organizzarsi per poterli conseguire;
- Eseguire (*do*) le attività, raccogliendo ed esaminando dati, e attuando i progetti;
- Verificare (*check*) i risultati: controllare l'effettiva efficacia dei risultati
- Agire (*act*) sull'intera organizzazione: consolidare i risultati raggiunti ed estenderli all'intero sistema organizzativo.



Tab. 1 – Il PDCA

In ambito infermieristico, gli elementi che costituiscono i processi organizzativi sono definiti **strumenti di integrazione organizzativa**. Essi sono: linee guida, procedure, protocolli, piani di lavoro, piani di assistenza.

Il miglioramento qualitativo dei processi organizzativi si ottiene rendendo sempre più efficienti, funzionali e flessibili questi strumenti che rispondono alle differenti caratteristiche di complessità delle situazioni presenti nell'organizzazione sanitaria e nel medesimo tempo responsabilizzano tutte le varie figure in essa coinvolte (Silvestro-Drigo 1988, Di Giulio 1997).

Noi abbiamo ritenuto come prioritario, per diffondere gli standards clinici fissati dall'EDTNA-ERCA, implementare e perfezionare nell'ambito del nursing nefrologico **le procedure ed i protocolli** (P&P) perché tra gli strumenti di integrazione organizzativa, sono quelli che hanno un notevole impatto nella pratica professionale e comprendono gran parte del quotidiano lavoro infermieristico in HD e PD a supporto della pianificazione dell'assistenza. Rappresentano in pratica degli strumenti di base per applicare le competenze e le abilità infermieristiche alle cure dei pazienti.

**PROCEDURA.** E' un insieme di regole scritte che orientano gli operatori a comportamenti comuni al fine di valutare dei risultati. Le procedure sono documenti operativi, ufficiali e trasparenti che devono essere seguiti al fine di assicurare l'integrità e la completezza della prestazione (Rigon 1996). Sottostanno ad un processo di revisione e rivalutazione a scadenze determinate e rappresentano un buon compromesso tra quanto meglio può essere fatto e quanto viene fatto in pratica, mantenendo sotto controllo determinate situazioni.

*Esempi di procedure:*

- allestimento e preparazione del monitor/dializzatore
- connessione del paziente
- reinfusione del paziente
- scambio soluzione peritoneale
- cambio raccordo

*Caratteristiche generali della procedura:*

- essere chiara per tutti;
- essere applicabile: bisogna evitare di proporre cambiamenti inattuabili, l'utilizzo di materiali o presidi non disponibili, o sequenze di atti puramente teoriche;
- basarsi su principi scientifici e proporre comportamenti definiti per iscritto che tengano conto dell'organizzazione dell'Unità Operativa;
- essere focalizzata su elementi rilevanti di attività: va evitato l'errore di sottoporre a procedura qualsiasi tipo di intervento anche di minima importanza, questo rischierebbe di bloccare l'attività o di costringere a non seguire le procedure;
- essere rigida, senza lasciare discrezionalità decisoria: le indicazioni fornite devono essere valide in ogni caso;
- essere modificabile in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche ed alle situazioni contingenti.

**PROTOCOLLO.** Consiste nella formalizzazione della successione di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo o prestazione (Drigo-Silvestro, 1988). I protocolli sono strumenti organizzativi rivolti a professionisti che traducono in azioni e comportamenti i dati della letteratura e della ricerca e che pertanto devono essere soggetti a revisione periodica (ogni 6-12 mesi). I protocolli permettono di controllare progressivamente il processo di lavoro e le risorse utilizzate e concorrono a garantirne il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Affrontano problemi di complessità medio alta e sono orientati alla elevazione dei processi operativi. Non sono generalizzabili e raggiungono un alto livello di efficienza solo se utilizzati nel contesto di appartenenza, inoltre per essere applicati richiedono una competenza di tipo professionale e non solo esecutivo. La costruzione del protocollo di assistenza infermieristica deve essere realizzata con una metodologia che ne favorisca sia la comprensione dei contenuti che l'applicazione.

*Esempi di protocolli sono:*

- il trattamento dialitico vero e proprio del paziente
- prevenzione e trattamento delle complicanze in corso di emodialisi
- educazione dei pazienti alla compliance terapeutica ed alimentare,
- prevenzione delle infezioni
- gestione degli accessi vascolari

*Caratteristiche generali del protocollo:*

- essere chiaro per tutti;
- essere applicabile: evitare di proporre cambiamenti non attuabili, l'utilizzazione di materiali o presidi non disponibili, o sequenze di atti puramente teoriche;
- basarsi su principi scientifici e proporre comportamenti definiti per iscritto o che tengano conto dell'organizzazione dell'unità operativa;
- essere orientato all'obiettivo: la focalizzazione sul risultato da ottenere facilita il professionista a scegliere "in libertà" tra le alternative proposte;
- essere in grado di far comprendere il perché di un comportamento proposto o del cambiamento; solo comprendendo il motivo di una proposta si è in grado di adeguare gli interventi sulla base dei bisogni reali ai quali si deve dare una risposta, evitando di adottare comportamenti rigidi;
- essere condiviso, discusso e accettato da tutti e non imposto: questa modalità rappresenta la migliore garanzia per l'adesione e l'osservazione del protocollo da parte del gruppo che lo deve applicare, evitandone il fallimento;
- essere modificabile: con l'evolversi delle conoscenze devono adeguarsi anche i comportamenti. Se vengono definiti i principi scientifici in base ai quali si deve attuare un determinato comportamento, è più semplice anche giustificare le variazioni ed i comportamenti.

### **Il programma educativo per l'introduzione dei P&P.**

L'*Education Board* della Filiale Italiana EDTNA-ERCA ha predisposto un programma educativo per supportare gli Infermieri di Unità Operativa nella costruzione e nell'utilizzo dei P&P per aumentare l'efficienza e l'efficacia del loro lavoro. Il pacchetto modulare è basato sul PDCA e sul Core Curriculum EDTNA-ERCA. Il programma prevede le fasi seguenti: (tab. 2).

<b>Fasi</b>	<b>Tempi</b>
1. Momento formativo	2 giorni
2. Costituzione di gruppi di lavoro impegnati in <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione della letteratura</li> <li>• Prima stesura dei P&amp;P</li> </ul>	2 mesi
3. Introduzione sperimentale e prima valutazione	2 mesi
4. Introduzione definitiva	2 mesi
5. Revisione periodica	6/12 mesi

*Tab. 2 – Fasi del programma per l'introduzione dei P&P*

In relazione ai bisogni specifici dei gruppi sono possibili modifiche temporali a queste fasi. Durante la prima fase (momento formativo) sono fornite delle linee guida per la costruzione dei P&P.

*Modalità per la costruzione della procedura:*

- individuazione del problema e analisi della situazione che, per le sue caratteristiche, richiede una codificazione rigida;
- individuazione dei destinatari, ossia di coloro che dovranno seguire o implementare la procedura;

- definizione dell'obiettivo e motivazione del cambiamento rispetto alla situazione esistente;
- individuazione e garanzia della disponibilità delle risorse necessarie per la stesura, l'applicazione e la successiva valutazione della procedura;
- ricerca bibliografica e verifica della validità scientifica;
- stesura della procedura;
- eventuale formale approvazione da parte dell'istituzione;
- individuazione delle strategie per diffondere la procedura e per ottenere l'adesione degli operatori;
- verifica a breve, medio e lungo termine dell'efficacia dello strumento.

Per la costruzione del Protocollo suggeriamo di seguire un procedimento simile a quello della procedura, ma rispetto a questa il protocollo necessita di essere inserito in un contesto di filosofia, di logica assistenziale che è data dalla scelta di un modello teorico di riferimento.

Per cui prima di iniziare con le linee guida indicate sopra è opportuna la scelta del modello teorico di nursing a cui la logica assistenziale dovrà riferirsi e dal quale si potranno anche trarre le strategie comportamentali più opportune per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

## Discussione

Il pacchetto formativo, strutturato nel 1996, è stato organizzato in quattro Unità Operative. Esso viene modulato anche in relazione ai bisogni specifici emergenti a livello delle singole Unità e si conclude con una espressa dichiarazione, da parte del team infermieristico, degli obiettivi da raggiungere e a breve, medio e lungo termine.

I tempi relativi alle fasi descritte possono subire variazioni in rapporto alle caratteristiche dei gruppi che si costituiscono ed al grado di coesione dei componenti dei gruppi stessi. Un gruppo ben affiatato, lavora più in fretta e con migliori risultati. Se i membri del gruppo sono poco inclini a mettersi in discussione, o se esistono conflittualità rilevanti, la realizzazione del progetto diventa più difficile.

Nella nostra esperienza la caposala funge da supervisore dei gruppi e se necessario interpella il board formativo per altre informazioni o chiarimenti eventualmente richiesti per il proseguimento dei lavori.

Molto spesso la proposta per questo tipo di formazione è avvenuta proprio da parte delle capo sala per attuare un sistema di lavoro più sicuro e maggiormente controllabile, stimulate dalle contingenze di privatizzazione gestionale del servizio sanitario nazionale.

## Conclusioni

In conclusione, possiamo affermare che la costruzione e l'utilizzo di appropriati strumenti di integrazione organizzativa quali i protocolli e le procedure da parte degli infermieri di Unità Operativa, determina un elevamento degli standard professionali relativamente "al processo" perché:

- contribuisce a rendere più evidenti e chiari gli obiettivi assistenziali,
- contribuisce a ridurre i rischi e a razionalizzare le risorse
- definisce e rafforza gli ambiti decisionali dell'infermiere
- costituisce un elemento di confronto e crescita delle performances professionali
- rafforza la coesione dell'intero team infermieristico

## Bibliografia di riferimento

- Di Giulio P. (1997). Gli strumenti dell'assistenza. L'Infermiere XLI(5), 44-53.
- Drigo A. & Silvestro A. (1988). Protocolli e standards: un orientamento per il futuro. Scenario 2 (pp. 11-13).

- EDTNA-ERCA Filiale Italiana (1994). Standards Europei per la Pratica del Nursing Nefrologico. Edizione Italiana a cura di S. Geatti e M. Pegoraro.
- Gabellini D. (1998). Tecniche di indagine per la valutazione. De Sanitate 1(1), 92-95.
- Harbert G. & Wick S.Gail (1995). Concepts and Principles of Quality Management. ANNA-American Nephrology Nurse's Association (1995). *Continuous Quality Improvement: from Concept to Reality* (pp 11-22).
- Peacock E., Bednarski D. & Mattern M. (1995). The Transition from Traditional Quality Assurance to Continuous Quality Improvement. ANNA-American Nephrology Nurse's Association (1995). *Continuous Quality Improvement: from Concept to Reality* (pp 33-40).
- Rigon A. (1996). Strumenti operativi dell'assistenza infermieristica: procedure e protocolli. Manoscritto dell'autore.