



L'accoglienza dell'utente nel servizio sanitario è un fattore di qualità percepita la cui responsabilità è attribuita essenzialmente agli infermieri: si tratta di un fattore che ha una rilevanza relazionale oltre che amministrativa e clinica. Sulla base di una ricerca, si evidenzia che il livello di qualità dell'accoglienza non dipende solo dai comportamenti del singolo infermiere, ma dalla modulazione dell'intera organizzazione del lavoro, nella quale la dirigenza infermieristica gioca un ruolo determinante. In particolare, l'articolo mette bene in risalto i limiti e i problemi che derivano dall'assenza di procedure formalizzate e di valutazioni sistematiche della soddisfazione di utenti e operatori.

L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti

Massimo Bona

I decreti legislativi 502/92 e 517/93 introducono per la prima volta in un testo di legge il concetto di "qualità delle prestazioni rese nell'ambito dei servizi sanitari nazionali". Tali provvedimenti normativi adottano il concetto di accreditamento e l'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità, con l'obiettivo di garantire un'assistenza qualitativamente elevata nei confronti di tutti i cittadini. Ciò anche tramite l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, riferiti alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza. Ne è scaturita l'esigenza, da parte delle Aziende Sanitarie, di diventare qualitativamente competitive per poter orientare la scelta del compratore, il cittadino-utente, in grado di condizionare con essa la loro stessa sopravvivenza economica.

Anche i successivi provvedimenti legislativi, in particolar modo lo "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"¹, identificano nella qualità delle strutture e delle prestazioni erogate il fulcro centrale del nuovo assetto del Sistema Sanitario nazionale.

Il panorama legislativo che ha trasformato, in funzione di una più efficiente gestione delle risorse, il Servizio Sanitario Nazionale in un sistema aziendale, ha reso quindi evidente, anche se in modo forse eccessivamente veloce rispetto alle condizioni culturali ed organizzative del mondo sanitario italiano, la necessità di individuare criteri operativi di riferimento che possano essere applicabili alle diverse prestazioni e ai diversi ruoli.

"La parola chiave che ha guidato questo percorso, per renderlo più accettabile e credibile, è la stessa che nel decennio precedente ha accompagnato e propagandato le trasformazioni del mercato e del lavoro: *qualità*"².

M. Bona: IP/AFD, Professore a contratto e Tutor Clinico D.U. per Infermiere Università degli Studi di Genova - Polo di Pietra Ligure (SV)

Studente del II° Anno della Scuola Diretta a Fini Speciali per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche - Università degli Studi di Genova - Ospedale "G. Gaslini"

“La *qualità* (delle cure e/o dei servizi, e/o della salute, e/o della vita) che si era sviluppata come area importante di ricerca, su uno degli aspetti più trascurati di una medicina fortemente orientata alla moltiplicazione quantitativa e tecnologica delle prestazioni, si è trovata in questo modo di colpo ad essere un criterio di riferimento istituzionale - da perseguire obbligatoriamente ed in modo generalizzato nelle pratiche di routine - per tutti gli attori (persone, ruoli, strutture) della sanità”³.

Da ciò scaturisce la necessità di individuare procedure in grado di verificare la corrispondenza tra le singole prestazioni e standard di qualità definiti a priori, in linea con gli obiettivi del sistema sanitario, ovvero di definire strategie di accreditamento istituzionale.

Lo stesso P.S.N. 1998/2000 introduce nuove opportunità di gestire la qualità dell'assistenza sanitaria sia a livello di singolo servizio sia a livello aziendale, ponendosi come obiettivo prioritario il garantire adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria, sulla base di un Programma Nazionale per la qualità. “Il Programma è finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del S.S.N. verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativa-aziendale e quella relazionale dell'assistenza”⁴.

Una risposta valida alle richieste legislative e programmatiche del S.S.N. è data dal documentare, in modo quanto mai preciso, sia le singole attività rivolte all'utenza sia più globalmente le strategie aziendali, affinché sia possibile, tramite indicatori appositamente definiti, una misurazione oggettiva del loro livello di qualità tramite comparazione con lo standard prefissato.

È possibile distinguere, in relazione all'obiettivo di migliorarla, tre tipi di qualità:

- “*la qualità organizzativa*”, che riguarda l'impiego delle risorse e la struttura organizzativa e decisionale dell'azienda
- “*la qualità tecnica*”, relativa al livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili
- “*la qualità percepita*”, che si riferisce sostanzialmente a come la struttura sanitaria e gli aspetti relazionali vengono vissuti dai protagonisti del processo assistenziale (utenti ed operatori).

Quest'ultima, conosciuta anche come “customer satisfaction” (livello di soddisfazione del cliente) è certamente, tra i fattori di qualità assistenziale, uno dei più rilevanti. Essa è prevalentemente legata ai seguenti aspetti:

- accessibilità intesa come vicinanza, comodità di orari, flessibilità, assenza di burocrazia, accettazione immediata, tempi di attesa accettabili

- aspetti relazionali quali la disponibilità, l'accoglienza, la cortesia, il rispetto, la sensazione di essere “attore principale del processo assistenziale”
- aspetti “di contorno” quali il comfort, l'igiene, il trattamento alberghiero.

La “Harris Harvard School of Public Health”, in uno studio del 1990, ha messo in rilievo come il SSN canadese si collochi ai massimi livelli di gradimento (56%), mentre in fondo alla graduatoria si trova l'Italia (12%), seguita solo dagli Stati Uniti (10%). Tale ricerca ha evidenziato un'elevata insoddisfazione degli italiani nei confronti del loro sistema sanitario, dati in parte confermati anche, nel 1992, dal “Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale”⁵.

Quest'ultimo non mostra, a dire il vero, una netta prevalenza di giudizi sfavorevoli, fatta eccezione per lo specifico settore dei servizi ambulatoriali e territoriali; le prospettive però sono ugualmente assai preoccupanti e possono ricondursi a quello che J. Øvretveit definisce come “l'iceberg dell'insoddisfazione”⁶. Infatti la non rilevante percentuale di reclami formali, nasconde in realtà una “parte sommersa” di utenti insoddisfatti che, non appena saranno in grado di poter scegliere liberamente, si riverseranno sempre di più verso i produttori privati, con conseguenze temibili sia per quanto riguarda il finanziamento del S.S.N. che per la salute stessa della popolazione. “La cattiva reputazione significa perdita di introiti, se esiste una scelta”⁷: ciò potrà verificarsi a maggior ragione quando il sistema di accreditamento funzionerà a regime. Si può quindi affermare che la soddisfazione dell'utente ha un ruolo essenziale nella competizione fra strutture sanitarie pubbliche e private.

Essa deve rappresentare un obiettivo aziendale strategico, da perseguire attraverso la responsabilizzazione di tutti gli operatori. La rilevazione, la lettura e l'utilizzo dei dati sulla qualità percepita dall'utenza dovrebbero appartenere alla consuetudine professionale degli operatori e la centralità dell'utente deve assumere un ruolo centrale del cambiamento in sanità.

In questo contesto, il momento dedicato all'*accoglienza dell'utente* assume un valore determinante sia per l'importanza in sé che per la complessità del rapporto relazionale ed empatico, ancor prima che clinico, che l'operatore/infermiere instaura con la persona. La percezione che l'utente ha del momento in cui è accolto in ospedale non può essere riconducibile ad una mera procedura burocratico-amministrativa che cerca di surrogare un momento così determinante con termini quali ricovero, ammissione, accettazione.

Ogni persona individuo unico, con problemi e caratteristiche diverse, deve essere accolto nell'organizzazione sanitaria, modulando gli interventi a

Tabella I. Gli elementi dell'accoglienza⁹.

Struttura	Processo	Esito
<p>Elementi che indicano che la struttura è orientata ad accogliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spazi - Tempi - Personale dedicato o disponibile - Burocrazia - Protocolli - Organizzazione 	<p>In che cosa si esprime il processo di accoglienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contenuti</i> (cosa è disponibile in reparto, raccolta dati iniziali sul paziente, orientamento del paziente) - <i>Interazione con altre figure</i> - <i>Processi organizzativi</i> - <i>Modelli di lavoro</i> 	<p>Conseguenze, risultati, esiti che l'accoglienza produce su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Infermiere</i> (aumento della conoscenza del paziente, soddisfazione, aumento dei dati raccolti) - <i>Paziente</i> (soddisfazione, prevenzione di disagi o problemi, prevenzione di complicanze)

seconda dei problemi che presenta, espliciti o meno che siano. I contenuti e le modalità con cui si accoglie un paziente non potranno quindi essere uniformati in una procedura standard ma al contrario i percorsi dell'accoglienza nella struttura ospedaliera dovranno essere modulati in base alla tipologia di utente che ci si trova ad affrontare, rendendo improponibile il parlare di accoglienza in termini generali.

Nello schema di riferimento della "Carta dei Servizi Sanitari" (D.P.C.M. 19 Maggio 1995), pur evidenziandone prevalentemente gli aspetti burocratico-formali, l'accoglienza viene identificata come uno dei fattori di qualità nel momento di presa in carico del paziente da parte della struttura e degli operatori che ne fanno parte. Per ciò che concerne gli operatori il sopracitato documento specifica che: "... per assolvere questa funzione deve essere individuato personale qualificato che operi all'interno della direzione sanitaria (personale infermieristico) ...".

La connotazione infermieristica del "personale qualificato" citato dalla norma è facilmente riconducibile alla definizione di una serie di funzioni ed attività che sinergicamente concorrono tutte a definire la funzione di accompagnamento dell'accoglienza: mettere il paziente a proprio agio, creargli delle reti, metterlo nelle condizioni di usare i servizi ecc., tutte funzioni strettamente correlate allo specifico infermieristico. La "qualità" del rapporto che si viene a creare con l'utente al momento della sua accoglienza ha dunque, per l'infermiere, un'importanza notevole sia dal punto di vista assistenziale che da quello tipicamente professionale, ma tale momento assume rilevanza anche per l'organizzazione nel suo complesso. Non è infatti solo il singolo operatore, che agisce al momento dell'ingresso in ospedale di una persona, ma è tutto il processo organizzativo che interviene, con il suo insieme di risorse, di strutture e di procedure operative.

Proprio in riferimento a quanto affermato a titolo "L'accoglienza del paziente può essere (considerata) un indicatore di organizzazione della struttura, di

attività degli infermieri, di presa in carico complessiva del paziente. In molti manuali di accreditamento internazionali l'accoglienza viene considerata un indicatore di qualità specifico dell'assistenza infermieristica, in quanto sono gli infermieri i principali responsabili dell'organizzazione del reparto"⁸.

Per poter assumere l'accoglienza come indicatore di qualità dell'assistenza e misurarla è necessario definire quali sono gli elementi che la determinano, ovvero quali criteri in termini di *struttura, processo ed esito possono enunciare il fenomeno che si vuole valutare* (Tab. I): i vari elementi interagiscono fra di loro. Nella scelta degli indicatori ci si può riferire prevalentemente ad una valutazione dell'accoglienza come adempimento burocratico o entrare nel merito dei contenuti; in questo secondo caso è necessario definire progetti di accoglienza distinti secondo tipologie di pazienti, in quanto gli specifici problemi presentati dai pazienti determinano modalità di approccio ed intervento differenziate.

L'accoglienza può essere un indicatore di organizzazione della struttura (anche semplicemente rilevando se esiste un ambiente idoneo a tale scopo); di attività degli infermieri e di presa in carico complessiva del paziente (valutando ad esempi l'efficienza dell'équipe nell'applicazione delle procedure stabilite). Può in ultima analisi essere un indicatore di esito, misurando le conseguenze del processo di accoglienza sul paziente (nonché sulle conoscenze degli operatori coinvolti).

La premessa fin qui esposta è parsa a chi scrive utile per giustificare l'indagine, svolta presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Martino" e Cliniche Universitarie Convenzionate di Genova con l'obiettivo di supportare l'ipotesi che "una procedura in grado di uniformare in parte le modalità di accoglienza dell'utente in una struttura ospedaliera, possa divenire "indicatore" della qualità percepita dagli utenti e dagli operatori stessi.

I cambiamenti normativi in ambito sanitario, cui già si è fatto riferimento, tendenti ad una maggior

Tabella II. I pazienti da accogliere¹¹.

- Anziani, giovani, bambini
- Al primo ricovero o con precedenti esperienze di ricovero
- Ricoverati di elezione o di urgenza
- Orientati o disorientati
- Con alta o bassa scolarità
- Con deficit o handicap
- Che provengono da altri ospedali, da istituzioni, dal domicilio
- Soli o accompagnati
- Che hanno problemi di comunicazione (perché non parlano la nostra lingua, non riescono a parlare)
- Pazienti ricoverati per accertamenti o per trattamenti
- Pazienti psichiatrici

centralità della persona/utente e a fornire prestazioni qualitativamente elevate, hanno reso cogente anche per l'Azienda Sanitaria sopracitata, l'introduzione di procedure uniformi per l'accoglienza dell'utente, a livello dipartimentale. Infatti tra le funzioni dell'Unità Operativa Infermieristica previste dalla deliberazione aziendale vi è quella di "predispone progetti modulari di riorganizzazione dell'attività lavorativa degli operatori ... omissis ... identificando il bisogno di assistenza infermieristica e la conseguente erogazione di prestazioni efficienti e di qualità sia infermieristiche che domestico-alberghiere in quanto funzionali all'assistenza"¹⁰.

Non essendo attualmente disponibili metodi uniformi di accoglienza a livello dei Dipartimenti, e nella consapevolezza che l'introduzione efficace di una nuova procedura richiede un elevato grado di consenso da parte di tutti gli operatori coinvolti, si è valutata l'opportunità di individuare un Dipartimento pilota, nel quale l'accoglienza dovesse essere necessariamente un momento forte, continuo e determinante del rapporto infermiere/utente. La scelta è caduta sul "Dipartimento Testa Collo" riferendosi nello specifico alle U.O. di Neurologia e Centro Ictus, sia per la particolare tipologia dell'utenza, sia perché in tale contesto stavano avvenendo cambiamenti a livello di coordinamento infermieristico e dei processi assistenziali erogati.

In questi contesti operativi è stata realizzata dapprima un'indagine per mettere in evidenza le modalità di accoglienza utilizzate dagli operatori, e successivamente si è somministrato un questionario rivolto agli utenti per valutare la loro percezione del problema. Questa seconda parte del lavoro deve ancora concludersi.

L'indagine rivolta agli operatori è stata realizzata tramite osservazione manifesta e sistematica, integrata da un'intervista semistrutturata tramite griglia a risposte aperte e chiuse, somministrata ai coordinatori infermieristici delle U.O. prescelte per lo studio.

Le Unità Operative oggetto della rilevazione

(Neurologia e Centro Ictus) sono state scelte anche in relazione alla tipologia dell'utenza che rientra sotto più aspetti nella classificazione dei "pazienti da accogliere", esposta in Tabella II.

La rilevazione si è svolta in due giornate distinte:

- Il giorno 17 giugno 1999 (dalle ore 9.45 alle ore 11.45) presso la divisione di Neurologia ed il Centro Ictus dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Martino"

- Il giorno 23 giugno 1999 (dalle ore 11.30 alle ore 13.30) presso la Clinica Neurologica universitaria e il relativo Centro Ictus

La presentazione dell'indagine è stata fatta, tramite l'intermediazione e la collaborazione del Coordinatore Infermieristico di Dipartimento, alle rispettive Caposala, che sono state anche individuate come interlocutrici privilegiate per l'intervista, sia per convenienza che per la completezza dei dati che potevano fornire.

Per la prima rilevazione si è reso necessario un colloquio esplicativo e di presentazione con il Dirigente medico di 2° livello responsabile dell'U.O.

La griglia di raccolta dati utilizzata è stata strutturata come segue:

- *Prima parte*, riferita ai tempi della rilevazione, alla sede ed al relativo organico infermieristico
- *Seconda parte*, riferita alla tipologia dell'utenza afferente all'U.O.
- *Terza parte*, riferita agli elementi qualificanti l'accoglienza quale componente fondamentale del processo assistenziale. Allegata a questa ultima parte si è utilizzata una "scheda" per identificare "in che cosa si esprime il processo di assistenza" per l'Infermiere.

I dati raccolti sono stati riportati in tabelle per singola U.O. per quanto riguarda la prima parte, mentre per la seconda e terza parte sono stati aggregati su due distinte tabelle.

INTERPRETAZIONE DEI DATI

I dati ottenuti dalla rilevazione, raggruppati nelle

Parte prima: Organico.

TAB. III. DIVISIONE NEUROLOGICA: CENTRO ICTUS (17/06/99 H9.30)

Qualifica	Numero	Tipologia di turno	Orario
I.P./A.F.D.	1	Turno spezzato	7.30/13.30 - 8.00/17.00
I.P.	11	Turnisti	Turno in quinta
I.G.	0	/	/
O.T.A.	1	Mattino	7.00/14.12
Ausiliari	0	/	/
Personale amministrativo	0	/	/

TAB. IV. DIVISIONE NEUROLOGICA SPECIALITÀ (17/06/99 H 10.45)

Qualifica	Numero	Tipologia di turno	Orario
I.P./A.F.D.	1	Mattino	7.00/14.12
I.P.	11	Turnisti Diurnisti	Turno in quinta Matt.-Pom.
I.G.	3	Turnisti	Turno in quinta
O.T.A.	2	Turnisti	3 Matt. - 1 Pom.
Ausiliari	0	/	/
Personale amministrativo	0	/	/

TAB. V. CLINICA NEUROLOGICA CENTRO ICTUS (23/06/99 H11.30)

Qualifica	Numero	Tipologia di turno	Orario
I.P./A.F.D.	1	Mattino	7.00/14.12
I.P.	10	Turnisti	Turno in quinta
I.G.	2	Turnisti	Turno in quinta
O.T.A.	2	Diurnisti	2 Matt. - 1 Pom.
Ausiliari	0	/	/
Personale amministrativo	0	/	/

TAB. VI. CLINICA NEUROLOGICA DONNE CORSIA B / CORSIA R (23/06/99 H 12.30)

Qualifica	Numero	Tipologia di turno	Orario
I.P./A.F.D.	1	Mattino	7.00/14.12
I.P.	13	12 Turnisti 1 Diurnista	Turno in quinta 7.00/14.12
I.G.	0	/	/
O.T.A.	4	Turnisti	Turno in quinta
Ausiliari	1	Turnista	Turno in quinta
Personale amministrativo	0	/	/

tabelle qui esposte, rappresentano in modo discretamente omogeneo le realtà delle quattro U.O. prese in esame in merito all'attività di accoglienza dei pazienti.

Rispetto alla prima parte della rilevazione, inerente l'organico in forza alle singole U.O., pur differenziandosi ovviamente il rapporto operatori/pazienti tra il centro Ictus e la degenza post-acuta, si può notare che non esistono discrepanze significative tra le U.O. ospedaliere e la clinica universitaria. Un'analisi più accurata di tale rapporto dovrebbe essere fatta valutando la complessità assistenziale per singola U.O.: argomento che esula dall'obiettivo di questo lavoro.

D'altronde nella seconda parte della rilevazione, riferita alla tipologia dell'utenza, seppur riscontran-

do un tasso medio di occupazione dei posti letto abbastanza omogeneo (media 92%) e così pure dicasi per la degenza media (media 16,25 giorni), si riscontrano discrepanze sul grado di dipendenza dei pazienti che sarebbe opportuno valutare se riconducibili alla casualità (un solo giorno di rilevazione) o alla normalità. Peraltro l'assenza di scale di valutazione del grado di dipendenza quale prassi consolidata nelle U.O. rende questo dato poco oggettivo.

Per quanto concerne i dati riferiti alla terza parte dell'intervista, ovvero gli "elementi che indicano che la struttura è orientata a considerare l'accoglienza quale componente fondamentale del processo assistenziale", si possono rilevare alcuni aspetti significativi che si è cercato di riassumere come segue (Tab. VIII):

- Gli spazi riservati all'accoglienza (ove esistono)

Parte seconda: Tipologia dell'utenza.

TAB. VII	A	B	C	D
N° posti letto	8	30	8	36
Tasso di occupazione dei posti letto	98%	90%	90%	90%
Degenza media	15 gg	15/20 gg	15/20 gg	15 gg
N° ricoverati*	5**	26	7	35
Paz. autonomi*	1	13	0	27
Paz. semidipendenti*	2	0	0	5
Paz. dipendenti*	2	13	7	3****
Scala di valutazione del grado di dipendenza	NO	NO	SI***	NO

Legenda:
A: Divisione Neurologica: Centro Ictus
B: Divisione Neurologica specialità
C: Clinica Neurologica Centro Ictus
D: Clinica Neurologica Donne Corsia B / Corsia R
* Dati riferiti a giorno ed ora dell'osservazione
** Sono in corso lavori di ristrutturazione
*** Hanno iniziato ad utilizzare la scala di Barthel il 22/06/99
**** Giornata eccezionale rispetto alla media
(di solito almeno 10 pazienti completamente dipendenti)

sono “non dedicati” ma utilizzati “anche” per tale attività (studio medico, sala d’aspetto). Due U.O. accolgono il paziente direttamente in camera di degenza.

- Gli operatori prevalentemente coinvolti nel processo di accoglienza sono gli infermieri, i quali esplicano tale attività in un tempo medio che oscilla tra i 15’ e i 30’. Nonostante ciò l’accoglienza nelle U.O. prese in esame non è un’attività formalizzata da protocolli o procedure, anche se in due casi si afferma l’esistenza di una procedura “non scritta”.
- L’accoglienza è percepita dagli operatori come un’attività prevalentemente di tipo burocratico-amministrativo. La raccolta dati iniziale, quando viene eseguita (due U.O.) è correlata a tale aspetto e non per nulla legata al processo di pianificazione assistenziale.
- Gli operatori intervistati percepiscono in prevalenza l’organizzazione dell’U.O. come facilitante l’accoglienza del paziente.
- In merito a quest’ultimo punto si è chiesto agli intervistati di compilare la scheda n° 1 con lo scopo di esplicitare in che cosa si esprime, per l’infermiere, il processo di accoglienza (Tab. IX). Dall’analisi dei dati emerge che:
 - a. Non sempre l’infermiere si presenta all’utente, ma sempre ha esposto il proprio cartellino di riconoscimento
 - b. L’infermiere accompagna sempre il paziente in camera, illustra servizi, orari ed attività dell’U.O., ma non sempre valuta il grado di dipendenza dell’utente modulando di conseguenza i propri interventi

- c. I dati raccolti dall’infermiere, seppur di natura burocratico-amministrativa, sono richiesti rispettando la privacy del paziente
 - d. L’infermiere coinvolge le altre figure dell’équipe nel processo di accoglienza, ma quasi mai interagisce con le associazioni di volontariato
 - e. L’infermiere spesso comprende aspettative e bisogni dell’utente e ne facilita l’utilizzo dei servizi sanitari. Chiarisce dubbi ed incomprensioni sia sullo stato di salute che sulle procedure diagnostiche e terapeutiche, fornendo adeguate informazioni al paziente e/o alla famiglia
 - f. L’infermiere condivide quasi sempre con il paziente e/o la famiglia il processo assistenziale da mettere in atto
- In nessuna U.O, fra quelle esaminate, è prevista la consegna al paziente e/o alla famiglia di un opuscolo informativo al momento dell’ingresso, né è previsto un questionario di valutazione dell’assistenza ricevuta, da compilare al momento della dimissione. Anche l’opuscolo ed il questionario previsti dalla “Carta dei Servizi”, non vengono utilizzati perché non distribuiti dall’Ente (!) in quantità sufficiente.
- Dai dati esaminati emerge una discreta sensibilità, da parte del personale infermieristico, per il momento dell’accoglienza del paziente, anche se rilevanza viene data prevalentemente agli aspetti burocratico-amministrativi e all’inserimento nella struttura, trascurando gli elementi più qualificanti, riferibili al processo assistenziale, quali la tipologia dei dati raccolti, la pianificazione degli interventi in relazione al grado di dipendenza, ecc.

Parte terza: Elementi che indicano che la struttura è orientata a considerare l'accoglienza quale componente fondamentale del processo assistenziale.

TAB. VIII	A	B	C	D
Spazi riservati per l'accoglienza	NO (1)	NO (1)	SI (1)	SI (1)
Chi si occupa dell'accoglienza	A.F.D. / I.P. (2)	A.F.D./ I.P.	A.F.D./ I.P. /Medico	A.F.D./ I.P./ O.T.A. / Medico
Tempo medio dedicato all'accoglienza	Tra 15' e 30'	Tra 15' e 30'	30' circa	Tra 15' e 30'
Accoglienza formalizzata ?	NO	NO	NO	NO
Protocollo/Procedura	SI (3)	NO	SI (2)	NO
Accoglienza quale attività burocratico - amministrativa ?	SI	SI	NO	SI
L'organizzazione dell'U.O. facilita l'accoglienza?	IN PARTE	SI	SI	SI
Opuscolo informativo all'ingresso del paz.	NO	SI (2)	SI (3)	NO
Raccolta dati iniziale	SI (4)	SI (3)	NO	NO
Pianificazione assistenziale	NO (5)	NO	NO	NO
Questionario di valutazione al paziente in dimissione	NO	NO	NO	NO
<i>Legenda:</i>				
<i>A (1): il paziente acuto viene accompagnato direttamente in camera</i>				
<i>A (2): compresa l'accettazione amministrativa se occorre</i>				
<i>A (3): non scritto, adattato al tipo di utente</i>				
<i>A (4): burocratico/amministrativa, anagrafica</i>				
<i>A (5): in passato cartella infermieristica, progetto abbandonato per > carico di lavoro</i>				
<i>B (1): il paziente viene accompagnato direttamente in camera</i>				
<i>B (2): stralcio della Carta dei Servizi</i>				
<i>B (3): burocratico/amministrativa, anagrafica</i>				
<i>C (1): i parenti sono accolti dall'infermiere e dal medico o in sala d'aspetto o in studio</i>				
<i>C (2): non scritto, adattato alla tipologia dell'utente</i>				
<i>C (3): opuscolo dell'U.O.</i>				
<i>D (1): studio medico (parenti e pazienti autosufficienti); camera (pazienti non autosufficienti); sala di attesa (parenti e pazienti autosufficienti)</i>				

Ne consegue che, essendo il processo strettamente legato all'esito, potrebbe risultare molto difficile valutare la qualità degli interventi erogati, anche perché non esiste una valutazione formalizzata e sistematica della qualità percepita dagli utenti.

Certamente i vincoli legati alla struttura (assenza di spazi dedicati) possono limitare molto la creazione di un "clima" favorevole all'accoglienza, ma l'assenza di procedure scritte e condivise dall'équipe, nonché l'assenza di dati sulla reale attività infermieristica, da un lato non permettono di utilizzare il momento dell'accoglienza quale indicatore della qualità assistenziale e dall'altro rendono difficile un comportamento omogeneo degli operatori.

È difficile valutare se non con uno studio più

accurato, se questa situazione sia legata ad una mancanza di conoscenze, ad una scarsa motivazione, ad un eccessivo carico di lavoro o ad una somma di questi ed altri fattori. Interessante sarà il confronto, nella fase successiva del lavoro, dei dati riferiti dagli operatori con la percezione che hanno del processo di accoglienza gli utenti afferenti alle U.O. prese in esame. Questa seconda fase dell'indagine prevederà la contemporanea somministrazione di un questionario all'universo degli utenti presenti in U.O. nella giornata scelta.

CONCLUSIONI

Da quanto finora esposto si evidenzia la mancanza di procedure uniformi per l'accoglienza dell'utente negli ambiti operativi esaminati. Le considerazioni esposte

Tabella IX. In che cosa si esprime il processo di accoglienza.

<i>Attività infermieristiche</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
Al primo incontro con l'utente e la sua famiglia l'infermiere si presenta	<i>di rado</i>	<i>di rado</i>	<i>talvolta</i>	<i>spesso</i>
L'infermiere ha il cartellino di riconoscimento	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere valuta il grado di orientamento e di dipendenza dell'utente al momento dell'ingresso e in base ad esso modula i propri interventi	<i>sempre</i>	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere accompagna l'utente alla propria camera e illustra i servizi disponibili nell'U.O.	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere informa l'utente e la famiglia sugli orari e le principali attività che lo coinvolgono	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>spesso</i>
L'infermiere raccoglie i dati dell'anamnesi infermieristica rispettando la privacy del paziente	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>spesso</i>	<i>talvolta</i>
L'infermiere coinvolge le altre figure dell'équipe nel processo di accoglienza	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere coinvolge le associazioni di volontariato nel processo di accoglienza	<i>mai</i>	<i>talvolta</i>	<i>mai</i>	<i>mai</i>
L'infermiere ascolta e comprende le aspettative ed i bisogni dell'utente facilitandone l'utilizzo dei servizi sanitari necessari	<i>talvolta</i>	<i>talvolta</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere chiarisce, per quanto possibile, i dubbi e le incomprensioni dell'utente e della sua famiglia riguardo al suo stato di salute	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>spesso</i>	<i>spesso</i>
L'infermiere, in rapporto alle condizioni dell'utente, condivide con lui e con la sua famiglia il processo assistenziale da mettere in atto	<i>talvolta</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
L'infermiere informa il paziente e al sua famiglia sulle prime procedure diagnostiche alle quali dovrà essere sottoposto	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>di rado</i>
L'infermiere utilizza non meno di 15' per ogni paziente che accoglie, riservandosi tempi maggiori in rapporto a pazienti con problematiche particolari	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>	<i>sempre</i>
<i>Legenda:</i> <i>A: Divisione Neurologica: Centro Ictus</i> <i>B: Divisione Neurologica specialità</i> <i>C: Clinica Neurologica Centro Ictus</i> <i>D: Clinica Neurologica Donne Corsia B / Corsia R</i>				

nella premessa sul valore che l'accoglienza assume nel rapporto infermiere/paziente inducono a considerare necessaria la formulazione di procedure precise in tal senso, pur nella consapevolezza che gli utenti afferenti ad ogni singola U.O. non sono mai un gruppo omogeneo: ciascuno ha problemi e bisogni diversi che

devono essere tenuti in considerazione con modalità di approccio e di intervento differenziate.

Sarebbe importante anzitutto definire, sia istituzionalmente che per singola U.O., che cosa si vuole intendere con il termine accoglienza. Se tale momento ha solo un valore di tipo informativo, lo standard

minimo è facilmente raggiungibile con buona educazione e rispetto e fornendo le informazioni essenziali riguardo ai servizi disponibili (in questo caso potrebbe essere sufficiente un semplice opuscolo).

Se invece i contenuti dell'accoglienza vogliono o devono essere fortemente professionalizzanti, diventa predominante la necessità di una procedura che preveda l'utilizzo di strumenti per la raccolta dei dati e la pianificazione assistenziale quali la cartella infermieristica.

La formalizzazione dell'accoglienza tramite una procedura richiede ovviamente la sua definizione e condivisione da parte di tutti gli operatori. L'intervento ottimale non può infatti essere scevro da una compartecipazione ed integrazione multidisciplinare di tutti i professionisti che interagiscono con diverse competenze sull'utente, pur essendo prevalente la responsabilità infermieristica.

L'Infermiere in questo processo è dunque attore principale e privilegiato che può e deve orientare i propri interventi, già dal momento della presa in carico, alla conservazione dell'identità del paziente, il quale non può essere spersonalizzato dalla asetticità e dalla burocratizzazione della routine ospedaliera.

“Accogliere un paziente e riconoscerlo come persona in situazione di bisogno, significa per l'infermiere intraprendere un percorso che porterà poi ad una relazione completa, matura; significa anche riconoscere come diversi gli altri e per questo aver diritto al rispetto delle loro svariate esigenze”¹². Tutto ciò va oltre le disposizioni normative previste dalla riforma del S.S.N., che privilegiano la valutazione della qualità delle prestazioni erogate quale strumento tecnico per definire l'efficacia e/o l'efficienza dell'organizzazione sanitaria. L'accoglienza del paziente, la sua accettazione in quanto persona, deve considerarsi come ontologicamente insita nella natura della professione infermieristica, come norma etica e deontologica su cui l'infermiere deve improntare il proprio agire.

Certamente i cambiamenti richiesti anche alla professione infermieristica in questo scorcio di fine millennio prevederanno l'acquisizione di sempre maggiori conoscenze e competenze, sia in ambito clinico che in ambito relazionale, con conseguente aumento dei livelli di responsabilità. La gestione delle attività per compiti, che ancora caratterizza gran parte delle realtà infermieristiche del nostro paese, deve lasciare spazio a profondi cambiamenti organizzativi che vedano l'esplicitarsi dell'agire infermieristico *per processi*, con ampio utilizzo di strumenti quali linee guida, procedure e protocolli, scientificamente validati e unanimemente condivisi dalla professione.

Peraltro la recente approvazione della Legge

42/99, abolendo il D.P.R. 225/74, ha reso ancor più cogente questa necessità, identificando gli ambiti dell'agire infermieristico nel Profilo Professionale, nel Codice Deontologico e nella Formazione di base e complementare. Lo scenario rappresentato introduce un diverso approccio alla qualità rispetto a quello normativo e istituzionalizzato fin qui tracciato. Uno scenario che dovrebbe andare oltre le intenzioni della Carta dei Servizi o dell'Accreditamento in sé, per arrivare a definire “di qualità” quelle attività che operatori ed utenti concordemente e responsabilmente reputano come “appropriate” alla situazione specifica.

In ragione di quanto espresso, una procedura formalizzata di accoglienza può senza dubbio essere assunta quale indicatore di qualità, sia per la struttura, sia per il processo sia per l'esito (valutando la soddisfazione degli operatori e dei pazienti). In questo contesto il ruolo della dirigenza infermieristica diventa determinante, quale agente di cambiamento in grado di guidare e motivare i professionisti verso la “riprogettazione” del proprio agire professionale. Gli strumenti possibili per facilitare tale processo stanno in una attenta gestione delle risorse umane che tenga conto delle specifiche competenze e delle necessità formative di ogni singolo operatore, correlandole correttamente alle esigenze dell'utenza e dell'organizzazione. “Accogliere un paziente in reparto indica attenzione nei confronti del paziente, sia da parte della professione sia da parte dell'organizzazione.

L'accoglienza, infatti, non è determinata solo dal comportamento del singolo infermiere: per poter accogliere un paziente in reparto è necessario avere tempi e risorse e pertanto modulare l'organizzazione del lavoro anche in base agli ingressi del paziente”¹³.

NOTE

1. D.P.C.M. 19 Maggio 1995.
2. Di Giulio P. et al. - “Qualità, Accreditamento, Indicatori”
Logiche e percorsi per un ruolo degli infermieri nella valutazione dell'assistenza
A cura della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. - Roma 1998 - 15.
3. Ibidem - 15.
4. P.S.N. 1998/2000.
5. A cura del Movimento Federativo Democratico - Tribunale dei Diritti del Malato.
6. J. Øvretveit “La qualità del Servizio Sanitario”
EdiSES, Napoli 1996 - 10.
7. Ibidem - 9.
8. Di Giulio P. et al. - op. cit. - 66.
9. Ibidem - 65.

10. Delib. n° 845 del 21 marzo 1996 Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Martino" e Cliniche Universit. Convenz. Genova.
11. Di Giulio P. et al. - op. cit. - 64.
12. Filippi M. "La presa in carico infermieristica di una persona e la conclusione di un intervento assistenziale" in "Elementi di base dell'Assistenza Infermieristica" Casa Editrice Ambrosiana - Milano 1994
Cavicchioli A. et al. - Casa Editrice A m b r o s i a n a Milano 1994.
13. Di Giulio P. et al.

BIBLIOGRAFIA

Testi

- Baraghini G. - Capelli M. "Il sistema qualità ISO 9000 in sanità"
Guida al miglioramento della qualità nelle strutture sanitarie
Franco Angeli - Milano - 1997
- Cavicchioli A. et al. "Elementi di base dell'Assistenza Infermieristica"
Casa Editrice Ambrosiana - Milano 1994
- Di Giulio P. et al. "Qualità, Accreditamento, Indicatori Logiche e percorsi per un ruolo degli infermieri nella valutazione dell'assistenza"
A cura della Federazione nazionale Collegi IP.AS.VI. - Roma - 1998
- Focarile F. "Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria"
Centro Scientifico Editore - Torino - 1998
- Lobiondo Wood G. - Haber J. "Metodologia della ricerca infermieristica"
Edizione italiana a cura di Julita Sansoni
McGraw-Hill editore - Milano - 1997
- Martiny G. - Cataldo A. "Analisi partecipata della qualità (A.P.Q.): applicazione nell'Azienda Sanitaria Locale 22"
Edizioni A.S.L.22 (Acqui Terme - Novi Ligure - Ovada) - 1997
- Montesinos A. "Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri"
Vita e Pensiero - Milano - 1993
- Øvretveit J. "La qualità nel Servizio Sanitario"
EdiSES S.r.l. - Napoli - 1996
Riviste e Pubblicazioni
- Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Corona" Pietra Ligure (SV) "Carta dei Servizi Sanitari"
Seconda edizione 1998 / 99
- Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Martino" e "Cliniche Universitarie convenzionate" Genova "Carta dei Servizi Sanitari"
- Defta I. et al. "L'accreditamento"
Esperienze dei Servizi Sanitari dell'Emilia Romagna
De Sanitate - Novembre / Dicembre 1998
- Filippini Saleri M. "Il rapporto Operatore - Cliente"

- De Sanitate - Novembre / Dicembre 1998
- Gavin K. T. "L'orientamento al cliente nel settore sanitario"
De Sanitate - Novembre / Dicembre 1998
- Serra V. - Suzzi R. "Indicatori infermieristici di qualità dell'assistenza"
Percorso metodologico per la costruzione e applicazione Professione Infermiere - Periodico del Collegio IP.AS.VI. di Bologna
Anno X - n° 2 - Aprile / Giugno 1998
- Tosco S. "Costruzione di indicatori di qualità a partire dalla carta dei Servizi: esperienza di un poliambulatorio"
Nursing Oggi - N° 1 Gennaio-Marzo 1997
Lauri Edizioni

Materiale non pubblicato

- Gianella A. - Tognarelli M. "Valutare la qualità dell'assistenza infermieristica in riferimento al grado di soddisfazione dell'utente in un servizio ADI della realtà ligure"
Relazione di Tirocinio
Scuola Diretta a fini Speciali per D.D.S.I. - 2° Anno di corso
Università degli Studi di Genova A.A. 1997/98
- Moretto C. "Metodologia della ricerca propedeutica al tirocinio"
Dispense del docente
Scuola Diretta a fini Speciali per D.D.S.I. - 1° e 2° Anno di corso
Università degli Studi di Genova A.A. 1997/98 e A.A. 1998/99
- Snaidero D. "Dimostrare la rilevanza del Controllo di Gestione nell'Organizzazione dell'attività infermieristica all'interno di un Dipartimento Ospedaliero"
Relazione di Tirocinio
Scuola Diretta a fini Speciali per D.D.S.I. - 2° Anno di corso
Università degli Studi di Genova A.A. 1997/98.