



Jessica Mary Raser

Infermiera

Poliambulatori - Direzione Medica di Presidio

L'attività ambulatoriale infermieristica: storia di un'autonomia

Il profilo professionale infermieristico ha conferito alla nostra figura, un riconoscimento importantissimo in fatto di "autonomia e responsabilità" nell'assistenza. Con esso l'infermiere viene riconosciuto come figura professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Sotto l'influsso di questo cambiamento, nasce la prima proposta di creare un ambulatorio di assistenza infermieristica.



Siamo a Maggio del 1995 quando le coordinatrici infermieristiche dei **poliambulatori** si fanno promotrici di questo cambiamento. Attraverso la loro esperienza quotidiana, comprendono che molti bisogni assistenziali, possono essere soddisfatti da una prestazione infermieristica effettuata in autonomia (senza la presenza contemporanea del medico).

Una proposta innovativa che rappresenta per gli infermieri, il concreto superamento del mansionario, una grande opportunità per mettersi finalmente alla prova.

Gli obiettivi di questa proposta erano i seguenti:

- valorizzare il ruolo dell'infermiere ai poliambulatori (aumentare il livello di autostima in operatori che, nella stragrande maggioranza, lavorano in questa struttura per problemi di salute).
- favorire l'autonomia della prestazione infermieristica.
- aumentare la disponibilità di posti per visite specialistiche (per lo spostamento di attività dall'ambulatorio Medico a quello Infermieristico).

- risparmio economico (la prestazione infermieristica costa meno di quella medica).

- aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione sanitaria e garantendo continuità assistenziale.

Nel 1997 nasce il servizio infermieristico e tecnico che condividendo pienamente gli obiettivi del progetto, rafforza la spinta alla sua realizzazione.

Nel 1998 avviene il primo incontro tra le Coordinatrici Infermieristiche dei poliambulatori e i medici specialisti referenti del progetto.

In questa sede vengono definiti gli aspetti organizzativi del neonato ambulatorio infermieristico che si chiamerà Ambulatorio di Attività Integrata: A.A.I.

In questa sede si codifica quanto segue:

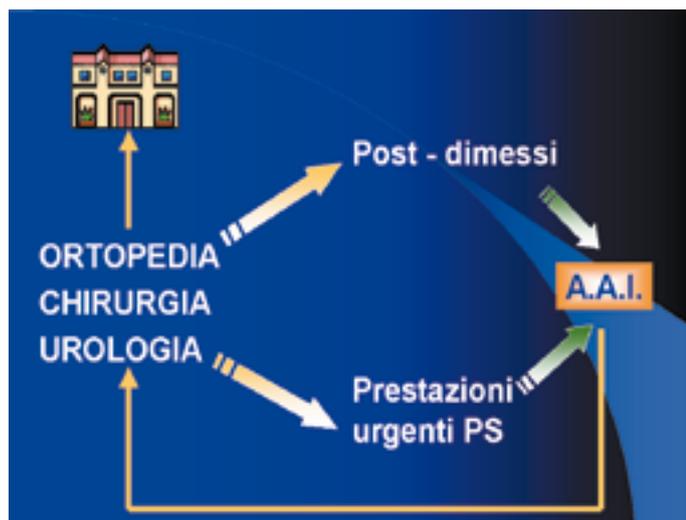
- accesso all'ambulatorio AAI.
 - Quali pazienti possono afferire (post-dimessi o dopo la prima visita ma sempre su indicazione dello specialista: per medicazioni, rimozione punti di sutura, controllo e/o sostituzione di catetere vescicale, educazione igienico-sanitaria).
 - Modalità di prenotazione (accesso informatizzato)
- giorni e orari di prenotazione.
- discrezionalità infermieristica (valutazione delle complicanze, possibilità di inviare l'utente all'ambulatorio chirurgico di competenza).
- refertazione infermieristica (l'infermiere dovrà registrare la prestazione sul modulo di refertazione).
- continuità del piano assistenziale da parte dell'infermiere
- raccolta dati statistici
- ambulatori da destinare all'attività
- data di inizio dell'attività (02 Marzo 1998)

A.A.I. OGGI

Attualmente l'attività dell'ambulatorio infermieristico rispetta i criteri di base definiti a suo tempo.

I cambiamenti organizzativi sono stati suggeriti sia dall'equipe infermieristica, che dagli utenti stessi. Il questionario di gradimento, distribuito poco tempo dopo l'apertura dell'ambulatorio, ha evidenziato la necessità di ampliare la fascia oraria. Siamo passati quindi da una attività limitata a trenta minuti tutte le mattine, all'inte-

L'attività ambulatoriale infermieristica: storia di un'autonomia



grazie di ulteriori tre mattine dedicate all'attività infermieristica, per una media di 2738 prestazioni annue. L'andamento lievemente decrescente delle prestazioni effettuate, è legato ad una valutazione più selettiva delle medicazioni che realmente necessitano di una gestione quotidiana, inoltre educando il paziente e i propri familiari si attinge a risorse che consentono (in alcuni casi) di proseguire a domicilio i trattamenti (vedi cisti pilonidali, fistole perianali ecc).

Per quanto riguarda le medicazioni di pazienti con lesioni croniche che venivano inviati dalla Chirurgia Vascolare, si è venuta a creare una continuità tra l'ambulatorio infermieristico e l'assistenza infermieristica domiciliare: l'utente e i propri familiari vengono informati sulla possibilità e modalità di usufruire del Servizio, riducendo in tal modo il numero di accessi all'ospedale, con conseguente diminuzione del disagio (legato al trasporto e agli spostamenti). È necessario chiarire che dopo una prima valutazione medica la gestione del paziente è affidata agli infermieri che, in autonomia, effettuano medicazioni di varie complessità. Sono gli infermieri che identificano segni/sintomi di complicanze e decidono il controllo medico, anche nel caso di avvenuta guarigione.

La collaborazione medico-infermiere è alla base del successo di questo ambulatorio.

L'autonomia infermieristica nella scelta della cura della ferita, la regolarità delle medicazioni e il lavoro di squadra, hanno portato ad una riduzione dei tempi di guarigione. Recentemente con l'ingresso dell'ORTOPEDIA all'AAI, le prestazioni infermieristiche includono anche medicazioni ortopediche post operatorie. Questo fa sì che l'ambulatorio divisionale venga alleggerito, demandando all'infermiere le medicazioni intermedie tra l'intervento e l'ultima visita. Anche la modalità di accesso dell'utenza è cambiata: bisogna segnalare che molti accessi avvengono anche da ospedali della provincia. Oltre alle medicazioni chirurgiche POST-OPERATORIE, vi è l'integrazione delle cure iniziate d'urgenza in pronto soccorso. Queste ultime, portano ad accessi multipli all'ambulatorio infermieristico, per la natura stessa delle ferite che spesso devono guarire per seconda intenzio-

ne. In questo contesto sapere-saper fare-saper essere, assumono importanza fondamentale.

L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (funzione del profilo professionale). Le medicazioni che si effettuano in ambulatorio non costituiscono solo un gesto tecnico, ma l'occasione per l'operatore di entrare in relazione con l'utente, attraverso la comunicazione, individuando strategie comunicative in rapporto alle condizioni psico-fisiche dell'utente. Bisogna sempre tener conto che le modificazioni del corpo, producono una modificazione dello spirito. Spesso ci si trova a contatto con persone che dopo mesi di accesso all'ambulatorio non credono più alla possibilità di guarire e non hanno più voglia di reagire. In questo contesto, l'infermiere dà spazio all'ascolto, supporta l'utente facendolo riflettere anche sui più piccoli miglioramenti, senza dare false rassicurazioni. Il passaggio di informazioni tra i componenti dell'equipe medico-infermieristica è fondamentale per una sinergia di azioni in cui l'utente è il protagonista. La componente relazionale nel garantire la continuità di cura, porta l'utente e i suoi familiari ad instaurare un rapporto di fiducia con il gruppo infermieristico, con conseguente gratificazione da entrambe le parti.

La complessità dei percorsi a cui l'utente è sottoposto e le patologie concomitanti, rendono non meno importante il ruolo di educatore sanitario svolto dall'infermiere. Il bisogno di informazioni da parte dell'utente, rappresenta per gli infermieri uno stimolo costante ad aggiornarsi per fornire risposte soddisfacenti ed appropriate.



Concludiamo con una spruzzata di idee per il futuro:

- potenziare la continuità assistenziale con il Servizio Domiciliare.
- ampliare gli ambiti di integrazione e collaborazione con gli altri reparti/servizi.
- ampliare la fascia oraria di accesso all'AAI al pomeriggio (per soddisfare le esigenze di utenti studenti e lavoratori).
- anamnesi infermieristica computerizzata.