



L'esperienza qui presentata è significativa per una serie di elementi: il metodo utilizzato, il ruolo del caposala (promotore di un cambiamento in linea con le scelte dell'istituzione e, in qualche misura, progettista di sistemi organizzativi), la presenza e il contributo di un circolo di qualità, una progettazione dell'accoglimento e dell'inserimento del personale neo-assunto nella quale si è impegnato direttamente l'infermiere dirigente e, infine, gli strumenti predisposti per l'attuazione del progetto di cambiamento.

Riorganizzazione di un blocco operatorio

Angelo Paolini

In situazioni di forte cambiamento gli ambiti di lavoro caratterizzati da complessità organizzativa devono saper adottare strategie e implementare interventi tali da consentire un efficace adeguamento al nuovo contesto. Un elemento che concorre al successo di quanto sopra è il coinvolgimento globale del professionista/operatore, sia a livello propositivo che a livello progettuale, in modo che questi risulti soggetto attivo, cioè protagonista, del miglioramento e dell'innovazione.

A comprova di tale presupposto si riporta in questo contributo l'esperienza maturata presso l'ospedale di Fano (Pesaro, USL 3) conseguente all'avvio di un progetto iniziato nell'estate del 1997 di riorganizzazione del Blocco Operatorio.

SITUAZIONE

Nella Tabella I sono riportati alcuni dati relativi all'azienda sanitaria. La Direzione Generale, nel luglio '97, ravvisava la difficoltà gestionale e organizzativa del servizio Blocco Operatorio che costituisce il centro di costo più importante dell'azienda e quindi nominava un caposala referente della Direzione Sanitaria e un Vice Direttore Sanitario con mandato della Direzione Generale per riorganizzare il servizio al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- incrementare la produttività degli operatori all'interno delle U.O.
- accrescere la motivazione del personale
- addestrare e aggiornare il personale per raggiungere una competenza multipla
- migliorare la qualità dei servizi erogati all'utente.

Veniva allora costituito un comitato, chiamato Gruppo di Miglioramento (GM), per la definizione di un progetto che tenesse conto degli obiettivi anzidetti e per l'elaborazione degli strumenti informativi.

Tab. I. Caratteristiche dell'azienda USL n. 3, Fano

L'Azienda USL n° 3 di Fano comprende 22 comuni e circa 123.000 abitanti. È costituita da tre presidi ospedalieri: <i>Fano</i> , 420 posti letto, <i>Fossombrone</i> , 150 posti letto e <i>Pergola</i> , 82 posti letto; il personale dipendente, per un totale di 1.286 unità, è composto da: 14,5% medici, 10,5% amministrativi, 43% infermieri, 32% altre qualifiche.		
Nel presidio di Fano sono ubicate 8 sale operatorie, delle quali 5 in un unico blocco (2 chirurgia, 2 ortopedia e 1 urologia, mentre le altre sono decentrate nelle rispettive Unità Operative di otorino, ostetricia e oculistica).		
Il volume di attività chirurgica svolto è il seguente:	Anno 1996	7.398 interventi
	Anno 1997	8.115 interventi
	Anno 1998	8.494 interventi
Le risorse umane infermieristiche e OTA comprendono 51 addetti, suddivisi in 36 infermieri, 14 OTAe un caposala.		

GRUPPO DI MIGLIORAMENTO

Tale comitato era costituito dal Vice Direttore Sanitario, dal caposala, da un IP epidemiologo e da un IP referente di ogni singola U.O. di sala operatoria.

Il GM si riuniva sistematicamente per tre ore ogni settimana, sviluppava un'approfondita analisi organizzativa del servizio e quindi procedeva attraverso un approccio scientifico alla progettazione del cambiamento seguendo queste fasi:

- identificazione dei problemi principali
- studio e analisi delle criticità in dettaglio
- definizione degli obiettivi-risultato
- selezione degli indicatori
- stesura del piano di lavoro con distribuzione dei compiti.

Dall'analisi realizzata attraverso l'osservazione diretta del servizio da parte dei componenti il gruppo, utilizzando anche strumenti sistematici (diagramma di flusso, diagramma causa-effetto), emergevano problemi considerati preponderanti e prioritari, distinti in:

Fattori strutturali

Carenza di ambienti e spazi di supporto, carenza di zone filtro, moltiplicazione di spazi satelliti secondo un modello diviso per specialità; armadi fatiscenti, mancanza di segnaletica di sicurezza, scaffalature dei materiali posizionati lungo il corridoio di ingresso, con conseguente ingombro dei percorsi.

Carenze tecnologiche

Aste, tavoli servitori vetusti, gestione dello strumentario chirurgico con impiego del tavolo madre (per la seduta operatoria).

Fattori organizzativi e procedurali

Assetto organizzativo strutturato secondo un modello non centralizzato con le Unità Operative sostanzialmente divise, e conseguente proliferazione di livelli gerarchici che portano ad un rallentamento nelle comunicazioni interne, intralciando il processo decisionale, vanificando l'immediatezza tra la fase strategica direzionale e la fase operativa; problematiche di tipo igienico, di trasporto di

pazienti e materiali, di organizzazione delle sedute chirurgiche.

Rigidità nella gestione del personale

L'iperspecializzazione e la parcellizzazione delle competenze fanno sì che il personale sia diviso per discipline e tenda ad occuparsi solo di alcune attività di sua competenza. Dunque non si dispone della flessibilità in base al bisogno, in rapporto a variazioni nel tempo e nello spazio, al volume di attività. Diversamente una gestione più integrata delle risorse umane richiederebbe una applicazione della *job rotation*, cioè la rotazione delle mansioni del personale all'interno delle diverse S.O. per acquisire quella che viene definita "competenza multipla".

Altri aspetti critici sono emersi riguardo la dotazione organica, in rapporto alla quale si evidenziava che circa il 20% del personale aveva un rapporto di lavoro a tempo determinato, con l'implicazione di un importante turn-over e quindi con problemi legati all'inserimento e all'efficienza del singolo operatore. Si evidenziavano inoltre: turni infermieristici organizzati su sei giorni con presenza solo il mattino e conseguente incremento delle fasce di reperibilità; una gestione poco curata del personale infermieristico e OTA sotto il profilo degli istituti contrattuali (straordinari, fasce orarie, recuperi, reperibilità, ferie).

IL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL BLOCCO OPERATORIO

Di seguito si evidenziano gli aspetti peculiari del progetto.

1. Determinazione degli obiettivi progettuali

Sulla base dell'analisi suddetta, in fase di progettazione si sono stabiliti i seguenti obiettivi:

- maggior coordinamento con la nomina di un caposala,
- razionalizzazione degli spazi e dei percorsi,
- acquisizione di presidi strutturali e tecnologici,
- riorganizzazione delle sedute operatorie, includendo prolungamenti pomeridiani,

- integrazione graduale delle competenze fra operatori di diverse specialità e di diverse mansioni nell'ambito della stessa specialità,
- stesura di strumenti informativi procedurali,
- organizzazione di un sistema informativo tramite schede infermieristiche per il monitoraggio delle attività chirurgiche.

2. Indicatori

Gli indicatori presi in considerazione sono riferiti principalmente al personale e all'entità dell'attività chirurgica svolta:

- ferie residue, ore in esubero, giorni di assenza per malattia, giorni di assenza per infortunio, giorni di assenza per aggiornamento facoltativo, ore di riunioni di aggiornamento interno a fine 1997 e 1998,
- attività chirurgica mensile per disciplina e differenze tra il 1997 e il 1998,
- clima aziendale.

3. Attuazione del progetto

Il cambiamento dell'assetto organizzativo deve avvenire con gradualità, evitando pericolosi ed intempestivi scossoni che rischierebbero d'intimorire e di irrigidire gli operatori che compongono il servizio. Si è ritenuto quindi importante la promozione della comunicazione interna per coinvolgere tutti gli operatori al fine di prevenire eventuali comportamenti ostruzionistici.

Ecco gli interventi proposti.

RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE

- *Ambienti*: risanamento, tinteggiatura, pavimentazione con linoleum di alcuni locali di servizio.

- *Acquisizione di ambienti*: stanza caposala, deposito materiali, spogliatoio personale e pazienti ambulatoriali, ambienti per ricevimento dei collaboratori scientifici, preparazione presidi chirurgici e relax, creazione zone filtro.

- *Arredi*: acquisto di nuovi arredi per migliorare i livelli igienici: armadi, tavoli da lavoro, presidi chirurgici, sedie e poltroncine in ambienti di attesa parenti.

RIORGANIZZAZIONE TECNOLOGICA

- *Presidi chirurgici e tecnologici*: acquisto di containers e ferri chirurgici per l'allestimento di set monopaziente, lavaferri, macchina per produzione ghiaccio, aspirapolvere, colonne per laparoscopia, scaffali carrellati per stoccaggio containers, carrelli servitori, carrelli per anestesia, barelle regolabili in altezza per trasporto operandi, macchina per sterilizzazione ad acido peracetico, un secondo arco Rx.

RIORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

- Ingresso nella dotazione organica del Blocco

Operatorio di personale esclusivamente di ruolo a sostituzione degli operatori temporanei.

- Selezione di un pool di operatori interni all'Azienda in base alle attitudini, alla motivazione, al curriculum, per sostituzioni definitive o temporanee del personale del Blocco, per non arrecare problemi di inserimento e integrazione.
- Creazione di tre gruppi di specialità ai fini dell'apprendimento e della integrazione funzionale: (otorino, oculistica/urologia, chirurgia e ostetrici a/ortopedia).
- Organizzazione del personale infermieristico e OTA con turni di servizio settimanali che prevedono la presenza nelle diverse discipline del Blocco, compresa la sterilizzazione.
- Nomina di Infermieri Guida (tutor) per ogni disciplina, che assumono la responsabilità dell'addestramento del personale proveniente da altre Unità Operative e dei nuovi assunti, per accompagnarli a misurarsi gradualmente con le specifiche competenze e responsabilità, al fine di garantire una sorta di "inserimento protetto".

GESTIONE PROCEDURALE

Per aumentare la presenza del personale durante l'attività chirurgica, ai fini dell'apprendimento di conoscenze e abilità nelle diverse discipline, oltre a prevedere la presenza di un contingente nel pomeriggio, si è ridotta la settimana lavorativa da sei a cinque giorni con l'esclusione del sabato, riorganizzando l'orario di lavoro degli operatori (7 ore e 12 minuti al giorno) dal lunedì al venerdì.

Si sono distribuite le sedute operatorie di ogni disciplina nell'arco della settimana prevedendo due prolungamenti il lunedì e martedì e tenendo operativi sempre 6 letti chirurgici giornalieri. Poiché gli operatori hanno fino ad oggi tramandato le conoscenze verbalmente, per cui vigevano la consuetudine e l'imitazione anche in tecniche complesse, con il rischio di un apprendimento disomogeneo e prolungato, i componenti del GM, insieme ai loro collaboratori, ognuno nella propria Unità Operativa, hanno analizzato tutte le attività svolte durante la giornata e nei diversi orari. Hanno quindi redatto tanti Piani di Attività, strumento informativo utile per l'integrazione dei neo-assunti e del personale in formazione (Fig. 1 a/b/c).

Insieme al Dirigente del Servizio Prevenzione e Protezione Interna si è posta attenzione al buon funzionamento e alla disponibilità delle apparecchiature elettromedicali. A tale scopo si è ritenuto imprescindibile la gestione attraverso processi controllati di manutenzione ordinaria e programmata e il loro ripristino a fronte di eventuali guasti. Sono state costruite griglie di controllo e verifica del fun-

Figura 1a.

PIANO DI ATTIVITÀ personale Infermieristico S. O. (ORTOPEDIA)

Si prende in considerazione una seduta operatoria che preveda l'impiego di due letti operatori (letto A, letto B). In questo caso il numero degli infermieri in turno è di almeno 4 unità e due I.P. di Sala Gessi.

Nelle sedute di lunedì e giovedì, essendo programmati interventi in locale, non c'è la presenza degli I.P. di Sala Gessi.

Letto A 1 I.P. Sterile, 1 I.P. Non sterile

Letto B 1 I.P. Sterile, 1 I.P. Non sterile

Turno mattino

ore 7,30 - Riordino del materiale arrivato dalla sterilizzazione.
 - Disposizione dei containers monopaziente che verranno utilizzati nella giornata CH.
 - Accensione e controllo delle varie apparecchiature elettromedicali.

ore 7,50 *1ª Strumentista*
 - Lavaggio chirurgico e preparazione del primo tavolo operatorio.

2ª Strumentista
 - Collabora con la prima strumentista sterile fornendole i materiali e prepara per il secondo intervento.

ore 8,10 *1ª Strumentista*
 - Termina la preparazione del tavolo operatorio e procede alla vestizione dei chirurghi.

2ª Strumentista
 - Posiziona il malato sul letto operatorio, attacca la piastra dell'elettrobisturi, scopre la parte interessata.

ore 8,20 - Inizio dell'intervento chirurgico durante il quale il 2ª Strumentista
 - Posiziona le luci
 - Fornisce i materiali al 1° strumentista
 - Porta fuori tutti i containers vuoti
 - Contatta il tecnico di radiologia nel caso di interventi che prevedano esami RX.

Al termine di ogni intervento:

1ª Strumentista
 - Rimessaggio del tavolo operatorio
 - Immersione dei ferri chirurgici nelle soluzioni predisposte
 - Preparazione dei containers per il successivo intervento

2ª Strumentista
 - Assistenza al paziente durante lo spostamento dal letto operatorio alla barella
 - Cambio della teleria del letto operatorio e riordino della S.O.

L'organizzazione del lavoro procede allo stesso modo su entrambi i letti operatori fino al completamento delle sedute che non sempre coincide con la fine del turno del mattino.

Se gli interventi si prolungano oltre le 14,00, vengono eseguiti su un solo letto operatorio in quanto il turno pomeridiano prevede l'impiego di una unità più un gessista.

Turno pomeridiano

ore 13,30 - Inizio riordino strumentario e confezionamento della biancheria per sterilizzazione.

ore 16,00 - Controllo dei materiali in scadenza.
 - Rifornimento del materiale sterile monouso ecc.

ore 17,15 - Mentre il personale ausiliario pulisce le S.O. viene confezionato il materiale in busta.

ore 18,00 - Controllo lista operatoria del giorno successivo e preparazione dei materiali e attrezzature.

ore 19,00 - Controllo e rifornimento medicinali.
 - Preparazione ordinativi Farmacia ed Economato.

Tali orari possono subire modificazioni qualora le sedute operatorie si prolunghino o subentrino urgenze importanti.

Circolo di Qualità "Blocco Operatorio"

Figura 1b.

PIANO DI ATTIVITÀ personale Infermieristico S. O. (ANESTESIA)	
Turno mattino	
ore 7,30	- Preparazione respiratori monitoraggio e pompe, calib. e controllo funzionamento. - Preparazione materiale e farmaci inerenti l'intervento. - Monitoraggio particolare e recupero sangue per interventi impegnativi.
dalle 8,15	- Preparazione del paziente:
alle 14,00	- Incanulazione venosa - Controllo P.A. - Collaborazione nella sistemazione del paziente sul letto operatorio - Monitorizzazione del paziente - Collaborazione con il medico nell'esecuzione dell'anestesia - Assistenza del paziente durante l'intervento - Collaborazione nello spostamento del paziente operato dal letto operatorio - Assistenza post-operatoria del paziente operato
Alla fine di ogni intervento l'I.P. toglie tutto il materiale impiegato e prepara tutto l'occorrente per la successiva anestesia.	
L'infermiere coordinatore si occupa delle seguenti mansioni:	
- Assistenza negli interventi chirurgici urgenti - Terapia antalgica (carichi di analgesico ai pazienti ricoverati) - Assistenza visite ambulatorio divisionale - Controllo materiali per apparecchiature elettromedicali - Controllo e ordinativo di farmaci specifici non in uso comune - Ordinativi per l'economato - Carico e scarico farmaci stupefacenti	
Turno pomeridiano	
- Continuazione nell'assistenza delle sedute prolungate. - Riordino e igienizzazione dei presidi specifici per l'anestesia: - Carrello farmaci - Carrello materiale vario - Pompe infusione - Scalda fluidi - Monitoraggio - Respiratori - Lavaggio e confezionamento dei presidi da inviare alla sterilizzazione. - Controllo e rifornimento dei carrelli e apparecchiature delle S.O. decentrate. - Riordino e rifornimento dei presidi delle stanze adibite all'esecuzione delle anestesie periferiche. - Registrazione dati su cartelle anestesologiche. - Compilazione consegna, rapporto.	

Figura 1c.

PIANO DI ATTIVITÀ Personale O.T.A.	
Turno mattino (Presenti 5 o 6 Unità)	
ore 7,30	- <i>Due unità</i> assegnate all' <i>Esterno</i> provvedono al trasporto pazienti dalle Unità Operative al Blocco Operatorio osservando l'ordine della lista operatoria e avvisano il personale infermieristico dell'arrivo. - <i>Tre unità</i> provvedono al trasporto del materiale sterile dalla Sterilizzazione al Blocco; provvedono inoltre al trasporto degli esami istologici al laboratorio analisi.
ore 7,30	- La <i>sesta unità</i> del turno provvede a seguire le sedute operatorie dell'Oculistica nelle giornate di Lunedì e Venerdì; gli altri giorni fino alle 9,30 collabora con i colleghi, poi prepara la biancheria e i containers da inviare alla sterilizzazione.
ore 7,50	- <i>Una unità</i> riordina il Servizio Anestesia (Piano Interrato). - Le altre <i>due unità</i> si uniscono alle Esterne per il trasporto dei pazienti.
ore 8,15	- Preparazione degli ambienti e delle apparecchiature per il lavaggio ferri chirurgici. - Collaborazione con I.P. nella preparazione kit da sterilizzare. - Ritiro materiali dai diversi servizi.
ore 9,30	- Il personale O.T.A. si divide in <i>3 unità interne</i> e <i>due esterne</i> : le <i>interne</i> seguono il lavoro delle sedute operatorie nelle rispettive sale di destinazione. 1. Sistemazione paziente 2. Rimozione materiale organico 3. Disinfezione apparecchiatura e ambiente a fine intervento 4. Lavaggio ferri chirurgici 5. Sostituzione dei contenitori della biancheria e dei rifiuti - Le <i>Esterne</i> trasportano i pazienti operandi e operati.

(continua Fig. 1c).

- Dalle 9,30 alle 14,42 il personale O.T.A. prosegue questa impostazione.
 - Il *venerdì mattina* è anche dedicato al recupero della biancheria personale dal guardaroba e alla sistemazione del materiale di pulizia proveniente dal magazzino.

Turno pomeridiano (Presenti 3 o 4 Unità)

- Trasporto del materiale in Sterilizzazione.
- Asportazione del materiale sporco dalle S.O. e trasporto nel deposito.
- Igienizzazione delle S.O. (ambienti e presidi, secondo i protocolli).
- Igienizzazione dei locali di servizio, uffici, WC, corridoi.
- La igienizzazione avviene in collaborazione con 3 unità della cooperativa dalle 17,00 alle 20,00.
- Riordino sala operatoria e completamento sistemazione presidi e contenitori vari.
- Ritiro materiali urgenti dalla sterilizzazione.

Circolo di Qualità "Blocco Operatorio"

Figura 2

Servizio BLOCCO OPERATORIO Sala _____
 Apparecchio VENTILATORE POLMONARE
 Produttore _____ Modello _____
 Fornitore _____ Tel. N. _____ Tecnico _____ Tel. N. _____
 N. Matricola _____ N. Inventario _____ Data collaudo _____
 Classe apparecchio _____
 Protezione da: Defibrillatore q Anestetici q Liquidi q Altri _____ q
 Apparecchio: singolo q modulare q n. moduli _____

VERIFICHE DA ESEGUIRE PRIMADI OGNI SESSIONE OPERATORIA

VENTILATORE POLMONARE _____

Data	Controllo visivo	Pulizia esterna	Verifica bombola O ₂ di scorta	Test pre-utilizzo	Controllo funzionamento		Note	Firma
					Calibrazione sensore Flusso e ossigeno	Prova Perdita circuito paziente		

VERIFICHE PERIODICHE

VENTILATORE POLMONARE _____

Data	Controllo sensore di flusso ¹	Controllo sensore ossigeno ¹	Verifica funzionamento valvola di sovrappressione ¹	Sterilizzazione ²	Manutenzione periodica apparecchiatura ³	Data prossima scadenza	Firma

¹ Periodicità mensile
² Periodicità settimanale
³ Periodicità semestrale

Figura 3.

RISORSE UMANE		
	Dicembre	
	1997	1998
<i>Unità presenti</i>		
- Caposala	1	1
- Infermieri	36	36
- O.T.A. in ruolo	6	6
- O.T.A. temporanei	8	8
<i>Competenze residue</i>		
- Ferie residue gg.	707	266
- Ore in esubero	940	420
<i>Assenze</i>		
- Malattia gg.	492	257
- Ass. per figli minori gg.	3	48
- Infortunio gg.	24	85
- Ore recuperate in esubero	1224	310
- Sciopero gg.	/	24
- Aggiornamento facolt./Esami Concorsi gg.	39	42
<i>Aggiornamento interno</i>		
- Riunioni Circolo Qualità ore	54	162

zionamento delle principali apparecchiature, (respiratori, defibrillatori, elettrobisturi, aspiratori) e della manutenzione della struttura per documentare le riparazioni e i controlli di funzionalità al fine di responsabilizzare gli operatori stessi (la Fig. 2 presenta un esempio di griglia).

Era consuetudine che gli infermieri di ogni Unità Operativa, al bisogno di strumentario chirurgico o specialistico e di presidi di uso comune, formulasero ordinativi singoli al servizio Economato, con notevole sottrazione di tempo alle attività assistenziali. Dalla fine del 1997, con l'inserimento del caposala nel Blocco Operatorio, si è cominciato a centralizzare gli acquisti dei presidi di uso comune (guanti chirurgici, camici monouso, spazzolini per l'igiene delle mani, piastre per elettrobisturi, ecc.) redigendo all'inizio dell'anno ordini cumulativi con relativa gara d'appalto. Tale operazione, oltre a recuperare tempi assistenziali, ha permesso di ridurre notevolmente i costi con risparmi economici per l'Azienda.

Insieme al dirigente del Servizio Infermieristico aziendale si è sviluppato un progetto per l'accogli-mento e inserimento del personale neo-assunto, inteso come il complesso di iniziative, azioni,

informazioni e assistenza formativa, programmate per seguirlo nel primo periodo della sua attività lavorativa. La fase dell'inserimento è stata suddivisa in due parti: la prima volta a sviluppare le conoscenze e le abilità riferite all'ambiente ed agli strumenti, al paziente e all'intervento chirurgico; la seconda riguardante l'apprendimento specifico di attività e tecniche atte a garantire competenza e professionalità.

Questo progetto ha permesso di lasciare poco spazio alla occasionalità per evitare visioni distorte della realtà e processi più lunghi del necessario, con riflessi negativi sull'operatività dell'organizzazione; naturalmente è stato necessario coinvolgere interamente il personale delle Unità Operative al fine di favorire il processo. A tale proposito è in corso di elaborazione una scheda di valutazione come opportunità di evitare valutazioni poco obiettive basate sull'improvvisazione, che darebbero adito a contestazioni al momento della comunicazione dell'idoneità.

Dal settembre 1997 è stata applicata una scheda di rilevazione infermieristica dove sono elencati i dati generali del paziente, il tipo di intervento, gli operatori infermieristici e medici coinvolti, i vari

tempi quali l'arrivo del paziente all'interno del Blocco Operatorio, il tempo di anestesia, intervento e risveglio, e gli inconvenienti e gli imprevisti che si possono verificare e che allungano il tempo totale. Per una corretta valutazione e analisi, i dati dovrebbero essere caricati su un software per ricavare informazioni significative dell'andamento del servizio ed eventuali problemi da prendere in considerazione. Per ora questa operazione è stata svolta solo parzialmente.

Il GM sta lavorando alla realizzazione di alcuni protocolli operativi. In una delle ultime riunioni si è deciso che ogni componente, all'interno della propria Unità Operativa e insieme ai suoi colleghi, individui tre temi che per la loro incidenza costituiscano un problema per l'équipe o indichino la necessità di conoscere una tecnica innovativa da parte del personale addetto.

Insieme si è definita la struttura dei documenti per renderli il più possibile uniformi, per cui devono essere individuati: oggetto e scopo, campo di applicazione, riferimenti bibliografici, responsabilità, definizione dei termini, contenuto, valutazione del risultato, eventuali complicanze, avvertenze, data di redazione e firma.

CONCLUSIONI

La complessità dei servizi sanitari richiede sempre più competenza gestionale: il medico, l'infermiere, il tecnico sanitario sono chiamati, oltre che a fornire prestazioni sanitarie di alto livello specialistico, a

individuare le priorità, l'economicità e i tempi di realizzazione.

Questo fenomeno spinge alcuni ruoli verso l'acquisizione di competenze di progettisti di sistemi organizzativi per essere in grado di coordinare e gestire le risorse umane e tecnologiche affidate al Servizio in cui operano ed a progettare e sperimentare nuovi modelli organizzativi per una assistenza che tenga conto dei bisogni del cliente/utente e risultino in sintonia con le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione.

Per realizzare riorganizzazioni così importanti è opportuna l'introduzione nel sistema di un elemento forte proveniente dall'esterno dell'unità, affinché gli operatori si orientino maggiormente al cambiamento, ed è necessaria la percezione di una decisa convinzione della dirigenza aziendale rispetto alle strategie innovative.

Due anni di lavoro di riorganizzazione hanno portato importanti risultati, evidenziabili attraverso un incremento degli indici di attività e un miglioramento nella gestione del personale sintetizzati nella Fig. 3. Si può notare che i dati relativi a *Ferie residue* e *Ore in esubero* evidenziano una condizione pesante al dicembre 1997. Con notevole impegno, si è riusciti a ridurli notevolmente, questo per raggiungere l'obiettivo della presenza del maggior numero di personale nei periodi tradizionalmente lavorativi dell'anno, limitando la gestione delle ferie ai periodi estivo e natalizio in cui si riduce l'attività chirurgica.