
Concetto di cura EOC

Come ottimizzare le Cure Infermieristiche? Raccomandazioni per il futuro prossimo

Luglio 2015
Servizio Infermieristico EOC
Yvonne Willems

© **Copyright Ente Ospedaliero Cantonale, Area infermieristica**

Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione o la ridiffusione del contenuto del presente documento è espressamente vietata senza il previo consenso da parte dell'Area infermieristica EOC.

Sommario:

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	5
Quadro di riferimento	5
CAPITOLO 2	8
Concetto di cura	8
2.1 Soddisfazione dei pazienti	8
2.2 Soddisfazione del personale	9
2.3 Concetto di cura	10
2.4 Premesse strutturali.....	13
2.5 L'organizzazione	16
CAPITOLO 3	18
Raccomandazioni per le strategie del servizio infermieristico generale EOC per ottimizzare le cure	18

Introduzione

Nel 2006 la priorità principale del Servizio Infermieristico dell'EOC era di elaborare un concetto di cure infermieristiche sulla base di uno schema di riferimento e di sviluppare le strategie necessarie alla sua concretizzazione. Per dare un indirizzo a questo concetto è stato importante tenere conto di cinque fattori:

- Situazione delle cure in Ticino
- Risultati dell'inchiesta Picker sulla soddisfazione dei pazienti EOC
- Situazione politica ed economica
- Risultati delle varie inchieste in corso sulla soddisfazione del personale infermieristico
- Sviluppo delle cure a livello nazionale ed internazionale

In quel momento storico la situazione negli ospedali dell'EOC si trovava ad un bivio: negli ultimi anni le cure si erano trasformate lentamente da un sistema funzionale ad uno più centrato sul paziente. È ovvio però che eravamo ancora lontani da un sistema di cure globali individualizzate. I risultati dell'inchiesta Picker ¹sulla soddisfazione dei pazienti dimostravano che erano necessari miglioramenti soprattutto per ciò che attiene:

- all'informazione del paziente
- alla comunicazione e alla relazione con il paziente
- ad una risposta più adeguata alle emozioni, in particolare alle paure del paziente

Negli ultimi anni molto era cambiato nell'ospedale per pazienti acuti. La durata dell'ospedalizzazione è diminuita, le cure sono diventate tecnicamente più complicate ed evolvono molto rapidamente, c'è stato uno spostamento dalle cure nei reparti di degenza a quelle ambulatoriali o day hospital. Per di più le aspettative dei pazienti a proposito delle cure sono ulteriormente aumentate.

Inoltre si rileva un aumento delle possibilità e dell'offerta della medicina altamente specializzata. Tutto questo ha portato non solo ad un aumento dei costi per la salute, ma anche ad un'amplificazione della complessità delle cure.

La situazione politica attuale non permette un aumento delle risorse finanziarie disponibili a breve scadenza. Nonostante questo, l'EOC dovrà migliorare la sua attrattività, anche perché con la revisione della Lamal si va verso una situazione nella quale la concorrenza, soprattutto tra privato

¹ Picker: Organizzazione attiva a livello internazionale che si avvale dell'esperienza dei cittadini in ambito sanitario e sociale per identificare le priorità che permettono di erogare delle prestazioni qualitativamente elevate.

e pubblico aumenterà. In altre parole questa situazione potrebbe portare ad un ulteriore aumento dello stress già esistente per il personale infermieristico. Studi americani ed inglesi hanno rilevato che oltre l'80% delle infermiere cliniche ospedaliere 1-riferiva di assistere più persone rispetto alla appropriatezza standard. Diversi studi suggeriscono inoltre che, probabilmente in seguito ai succitati cambiamenti, tra l'ambiente di lavoro e l'insorgenza di frustrazioni emozionali esiste un rapporto sempre più stretto, che condiziona sia l'aspetto etico delle decisioni cliniche che il modo di rispondere alle emozioni.

A livello nazionale ed internazionale durante gli ultimi anni sono stati sviluppati diversi modelli organizzativi assistenziali alternativi. Tra questi quello più discusso è il cosiddetto "primary nursing" (PN), che ha rappresentato perciò il punto di partenza della riflessione sul concetto di cure dell'EOC.

Anche in Svizzera la formazione per i professionisti infermieri sta cambiando, soprattutto con il passaggio dalla formazione superiore alla Scuola Universitaria Professionale (SUPSI). Per evitare un'eventuale diminuzione temporanea nell'assunzione di infermieri qualificati, che necessiteranno del conseguimento del titolo di maturità per l'accesso alla SUPSI, ma anche per colmare l'attuale carenza di infermieri almeno in certi Cantoni, è stato necessario, creare un nuovo curriculum formativo: quello di Operatore Socio Sanitario.

Il primo capitolo di questo documento riassume diversi studi e riflessioni su cui si sono basate le nostre scelte. Il secondo capitolo presenta la situazione attuale sia dal punto di visto del paziente che del personale infermieristico. Viene di seguito esplicitato il concetto di cure, o meglio come dare una forma concreta alla nostra visione. Concludo nel terzo capitolo con le raccomandazioni per realizzare questa visione nell'arco di 5 anni. È importante realizzare che il concetto di cura formerà, assieme alle strategie e alle tappe della sua realizzazione, la base che unificherà la comunità infermieristico dell'EOC.

CAPITOLO 1

Quadro di riferimento

Anche se il concetto di cure verrà definito nel prossimo capitolo, possiamo partire constatando che un'adeguata assistenza infermieristica che sia sicura, efficace ed efficiente richiede oltre a solide conoscenze scientifiche e psicologiche anche un atteggiamento empatico e fondamentalmente etico (Spirig et al., 2001).

Già intuitivamente questo comporta la necessità di poter disporre di un numero sufficiente di infermiere formate, soprattutto per la nuova complessità assistenziale che oggi gli utenti e la famiglia necessitano. (Spirig et al., 2001). Recentemente è stato più volte dimostrato anche scientificamente come istituzioni che mantengono un adeguato numero di infermiere (correlazione pazienti/infermiere) e una adeguata correlazione di competenze (correlazione infermiere esperte/personale infermieristico con meno esperienza) producono risultati migliori, sia clinici che finanziari.

Così uno studio internazionale (Aiken et al. 2002, Needleman et al. 2002) descrive una correlazione statisticamente significativa tra il numero di pazienti di cui deve occuparsi ogni infermiera e le percentuali di complicazioni e di mortalità durante il soggiorno ospedaliero. I risultati dimostrano che se un'infermiera deve prestare assistenza a 6 utenti invece di 4, consegue un incremento del 2 % della mortalità generale, aumento che sale quasi al 9 % in caso di complicazioni (Callahan, 2004). Lo stesso studio dimostra che la soddisfazione del professionista infermiere diminuisce del 15 % per ogni ulteriore paziente di cui dovrà prendersi cura. Commentando questi risultati, l'Associazione degli ospedali svizzeri H+ afferma che : "anche noi potremmo produrre dati simili, ma ora non abbiamo un mandato in questo senso" (Tages Anzeiger 2002).

Differenti studi soprattutto negli Stati Uniti ma anche in Finlandia ed Inghilterra, dimostrano chiaramente che disporre di un numero maggiore di infermieri, soprattutto se adeguatamente formati, diminuisce nettamente la percentuale delle complicazioni dopo interventi chirurgici (Bryan-Brown et al. 2003, Kovner et al. 1998,), si riduce il numero di complicazioni polmonari (Needleman 2002), decresce la percentuale della mortalità (Aiken et al. 2002), viene ristretta la quantità dei reclami da parte dei pazienti e delle famiglie aumentandone, al contrario il grado di soddisfazione (Aiken et al. 2003, Sovie et al., 2001). Diventa evidente che oltre al numero degli infermieri, significativo risulta essere il mix di competenze presenti a livello infermieristico come pure il modello organizzativo assistenziale.

Adams e Bond (2003 a+b) hanno studiato questa problematica a livello di Unità Operativa valutando l'interazione tra lo staff, l'organizzazione e l'ambiente di lavoro nonché la soddisfazione del paziente e degli infermieri. Essi hanno dimostrato che il tipo di modello organizzativo assistenziale in uso influenza la relazione infermiera/paziente, ma soprattutto evidenziando che esiste una chiara correlazione tra la qualità delle cure erogate e il rapporto esistente tra infermieri più e meno esperti. Ossia, se sono presenti meno infermieri con ridotta esperienza, tanto più l'organizzazione infermieristica tendeva ad essere strutturata su un modello funzionale e gerarchico.

Quale prima conclusione posso citare un editoriale (Scott et al. 2004) nel quale si affermava che "mai prima d'ora si è valutato in modo così critico l'interazione tra il livello quantitativo ma anche qualitativo di "staffing" e la sicurezza del paziente nonché i risultati terapeutici". Non sorprende quindi che tutto questo stia avendo riscontri anche a livello politico. In Gran Bretagna è stato introdotto già nel 2000 il cosiddetto "patient safety act", un documento che riconosce il legame tra risultati clinici e "nursing staff". Il governo inglese ha quindi deciso di aumentare il numero degli infermieri laureati di 20'000 entro il 2004 e di 35'000 entro il 2008, di introdurre entro il 2006 mille infermieri consulenti e specialisti clinici negli ospedali pubblici ed inoltre di permettere agli infermieri, se sufficientemente preparati, di prescrivere medicinali secondo protocolli autorizzati da un medico e da una farmacista (Buchan 2004).

Nella provincia australiana del New Southwales il governo ha lanciato nel 2004 uno studio, che sarebbe costato più di 1 milione di dollari, per valutare come i risultati terapeutici siano influenzati dal numero degli infermieri, dal mix di competenze, dal carico di lavoro e dai modelli di cure infermieristiche adottati (Shuldham 2004). Una recente legge approvata in California prescrive per gli ospedali in generale, ma talora in modo dettagliato per certi reparti, dei minimi non solo per quanto riguarda il rapporto quantitativo pazienti/infermiere, ma addirittura per il minimo di ore che l'infermiera deve dedicare alla cura diretta del paziente. Durante la prima revisione della LaMal il parlamento svizzero non ha accettato una proposta che richiedeva l'introduzione di minimi quantitativi e qualitativi affinché gli ospedali pubblici potessero continuare ad essere sovvenzionati. L'evoluzione in questo senso sarà però inarrestabile anche da noi, soprattutto tenendo conto che gli ospedali vogliono in generale accreditarsi e che la Joint Commission richiede la soddisfazione di minimi per concedere l'accreditamento.

E' evidente che questa discussione non può evitare di considerare l'aspetto finanziario, tenuto conto dell'importanza dei costi del personale. Alcune considerazioni però si impongono.

Dapprima, come ha recentemente affermato B. Gruson, Direttore degli Ospedali universitari di Ginevra "ottime cure costano molto e se è vero che i costi del personale sono alti, è altrettanto vero che essi evolvono in funzione di ciò che il pubblico si aspetta" (Caffé della Domenica 2004).

D'altra parte, come dimostrato dagli studi citati prima, nel calcolo finanziario si deve tenere conto anche dei costi economici, dell'aumento delle complicazioni anche mortali legato all'insufficienza quantitativa e qualitativa del personale infermieristico nonché di quelli legati all'insoddisfazione del personale. E' stato per esempio calcolato che ogni infermiera esperta che abbandona un ospedale costa a quest'ultimo 40'000 franchi (Schubert et al. 2004). Ma anche senza arrivare a questi estremi, è ben noto che la diminuzione della soddisfazione professionale peggiora la produttività sul lavoro. A questo proposito diventa sempre più evidente che, oltre al numero e al mix delle competenze infermieristiche, ci sono altri fattori che influiscono chiaramente sulla soddisfazione professionale, ma indirettamente anche sui costi (Shuldham 2004). Penso qui soprattutto ai servizi generali e di appoggio, che vanno dalla segretaria di reparto al trasporto dei pazienti, dalla farmacia centralizzata al catering. Niente è più frustrante per un infermiera che il dover spendere sempre più tempo per compiti logistici ed amministrativi e sempre meno tempo per la cura diretta del paziente. Diversi studi hanno dimostrato non solo che parametri migliori (risultati clinici, soddisfazione del personale, diminuzione del burn-out) venivano registrati in quegli ospedali che avevano migliori servizi d'appoggio, ma anche che l'efficienza di questi ultimi può talora addirittura compensare una certa mancanza quantitativa di infermiere. Da quanto detto sin qui mi pare di poter già arrivare a due conclusioni preliminari:

- il valore terapeutico delle cure infermieristiche dipende da una parte dal numero delle infermiere e dal mix delle competenze presenti in una data unità, dall'altra però anche dalla possibilità per queste infermiere di potersi dedicare avantutto alla cura del paziente e quindi dal tempo a loro disposizione per la cura diretta di quest'ultimo.
- Il discorso sui costi non può limitarsi ad un'operazione puramente contabile, ma deve tenere conto di tutta una serie di fattori come per esempio la percentuale delle complicazioni e dei decessi, la soddisfazione del personale e quindi la sua produttività, la percentuale del turn over, ecc. ecc.: tutti fattori questi che, alla fine, influenzano in modo decisivo il costo globale delle cure.

CAPITOLO 2

Concetto di cura

2.1 Soddisfazione dei pazienti

Secondo una recente inchiesta, pompieri ed infermiere sono le due categorie professionali che godono della maggior fiducia tra la popolazione svizzera (Tagesanzeiger 2004 e 2014).

I vari sondaggi Picker sottolineano però anche quanto siano elevate le aspettative dei pazienti.

Essi si aspettano non solo che le cure tecniche siano competenti, aggiornate e sicure, ma bensì anche che la cura infermieristica sia empatica, etica ed individualizzata.

Il paziente vorrebbe instaurare un rapporto di fiducia con un'infermiera di riferimento, che sappia farsi carico di tutte le sue necessità. Se ciò non avviene, se soprattutto l'informazione e la continuità di cura sono carenti o la dimissione non viene ben preparata; il paziente si senta trascurato ed addirittura abbandonati a se stesso. A questo proposito cito solo alcune delle molte testimonianze significative raccolte tra i nostri pazienti dai sondaggio Picker (2002, 2005).

“Molte sono le cose che cambierei nella mia esperienza durante la mia degenza ospedaliera. Sarebbe innanzitutto utile poter distinguere il personale nelle proprie funzioni, in quanto non si sa mai con chi si ha a che fare. Alle numerose domande che io ho posto riguardo alla mia salute ho ricevuto risposte diverse e contrastanti”

“Il personale è competente, ho però notato fra le righe osservandolo, ecc che lavorano con un marcato senso di tensione (stress). Mi è pure parsa chiara la palese insufficienza del personale, una gran parte del personale infermieristico, specialmente femminile, è molto giovane, manca di conseguenza di esperienza e noto che l'esperienza è un fattore basilare per ogni attività come pure per la vita.”

“Durante il mio ricovero non c'erano più posti letto a disposizione nel reparto specializzato dove dovevo essere ricoverato e quindi sono stata messa in un altro reparto degente. A causa di questo “inconveniente” mi sono sentita un po' “abbandonata” dal personale curante del reparto specializzato. Non era ben chiaro quale fosse il personale infermieristico che si doveva occupare di me, anche se le infermiere erano molto gentili e disponibili non avevano però le conoscenze adeguate per i miei problemi specifici.”

“ Permane un certo disorientamento da parte del paziente a causa del cambiamento di personale infermieristico. Non si potrebbe avere (per il periodo di degenza) una persona come riferimento?”

Questi sondaggi sono utili solo se ci portano a migliorare la qualità del nostro lavoro. Se vogliamo veramente rispondere alle aspettative dei pazienti, non basta declamare la missione infermieristica dell'EOC, ma è necessario un cambiamento d'attitudine, che a sua volta però può avvenire solose ci saranno le adattamenti strutturali.

Dobbiamo quindi chiederci: come possiamo rispondere a queste nuove sfide?

2.2 Soddisfazione del personale

Durante il 2004 ho visitato regolarmente le strutture dell'EOC, lavorando anche per diverse giornate in 9 reparti (medicina, cure di riabilitazione e geriatria) in 7 sedi dell'EOC.

Ho incontrato personale generalmente motivato, dedicato e contento d'aver scelta questa professione. Ma ho potuto anche constatare che il personale lavorava sotto pressione e che il numero di personale indispensabile per poter assicurare un minimo di qualità e di sicurezza non è sempre sufficiente. Un numero elevato di pazienti per infermiera (1:13) durante i turni serali era più la regola che non l'eccezione. Alle 07.00 della mattina di solito sembrava che ci fosse un numero sufficiente di personale: questo era però dovuto al numero (in certi reparti molto elevato) di praticanti, stagiaires, allievi e assistenti di cura. La mia impressione, poi confermata dai fatti, era che il mix di competenze tendeva verso il personale non diplomato.

Non era nemmeno facile capire chi aveva quale competenze. Mi è capitato a volte di fare delle domande ad un assistente di cura pensando d'avere davanti a me un infermiere diplomato. La relazione con il paziente in generale era breve e troppo spesso interrotta per ogni sorta di ragioni. Per quanto riguarda il sistema di cura, c'erano differenze da ospedale a ospedale o addirittura da reparto a reparto. Alcuni esempi possono chiarire meglio la situazione:

- La turnistica tendenzialmente stava andando in direzione dei turni continuati. Tuttavia in troppi reparti era in atto il sistema a turni spezzati, complicando così sia la comunicazione che la continuità delle cure.
- In tutti i reparti di medicina, salvo uno, farmaci da somministrare, terapie, medicazioni, inalazioni etc. sono trascritte secondo il sistema funzionale. Questo significa 3 o 4 trascrizioni con tutti i pericoli che ciò comporta.
- Anche l'offerta di servizi di supporto variava da ospedale a ospedale. Così non in tutti gli ospedali c'era, per esempio, il servizio ordinazione pasti, un trasporto pazienti o il trasporto del materiale funzionale, cioè che causa un utilizzo inadeguato del servizio infermieristico.

Alla mia domanda finale ("cosa vorresti soprattutto migliorare") la risposta unanime era: più tempo per poter parlare/per la relazione con il paziente. Altri desideri più volte espressi erano: più personale diplomato, miglior sostegno nei casi emozionalmente difficili, migliore collaborazione con il personale medico.

Oltre a queste esperienze dirette i sondaggi sulla soddisfazione del personale dimostrano che il personale si sente sotto pressione, che manca la possibilità d'approfondire il rapporto e di parlare con il paziente. Non si tratta solo di avere più tempo per parlare con il paziente ma il tempo per conoscerlo, ossia per fare un'anamnesi e avere dati fondamentali per la sicurezza e l'adeguatezza delle cure (esempio: È a rischio di caduta? Come si alimenta? Come sarà il rientro a domicilio?). Il personale soffre di non poter parlare delle proprie emozioni e vorrebbe una conduzione del lavoro più partecipativa. Più il reparto è specializzato, più si ritrovano insoddisfazioni per non essere sufficientemente considerate professionalmente e troppo poco coinvolte nelle decisioni cliniche ed etiche. Nonostante tutto ciò, i sondaggi hanno però dimostrato che la maggioranza delle infermiere è soddisfatta della sua scelta professionale.

2.3 Concetto di cura

Come già detto, negli ultimi anni le cure infermieristiche dell'EOC si sono trasformate lentamente da un sistema funzionale ad un sistema più centrato sul paziente. Abbiamo però anche visto che siamo ancora lontani da un sistema di cure globali individualizzate, vista la ridotta continuità del processo di cura e la difficoltà del paziente ad instaurare un rapporto di fiducia con un infermiera di riferimento. Vari sono gli impedimenti tuttora prevalenti motivi: frammentazione delle cure, strutture di comunicazione troppo complesse, responsabilità mal definite, proporzioni delle infermiere diplomate non adeguate, troppo lavoro non infermieristico.

il lavoro infermieristico si può organizzare secondo 2 principi opposti: assegnare delle funzioni/attività o allora assegnare dei pazienti. Nella realtà ciò si ritrova in 3 modelli diversi: il sistema funzionale, il team nursing (con varianti) e il primary nursing.

Il sistema funzionale in fondo è stato copiato dal modello che vigeva nell'industria fordista, nel senso che il lavoro viene parcellizzato in varie competenze che devono essere eseguite con la massima efficienza. Ciò significa che per esempio un assistente di cura lava il paziente, un'infermiera misura la pressione, un'altra infermiera distribuirà i medicinali. In generale è la capo-reparto che effettua la visita con il medico presso tutti i pazienti, in questo modo ella tende ad accentrare l'informazione ed è spesso l'unica ad avere una visione globale del processo di cura. Oltre ad avere in questo sistema una chiara funzione di controllo sarà in generale la capo-reparto a determinare in modo decisivo l'organizzazione della cura infermieristica.

Il team nursing (piccola équipe) è basato, tenendo anche conto delle varie competenze, sul lavoro di gruppo, nella sua variante (modular nursing) un certo gruppo di infermiere viene assegnato ad una piccola unità geografica (4 o 5 camere p.es.). All'interno di questi moduli il lavoro può funzionare piuttosto con il sistema funzionale o allora avvicinarsi al primary nursing (pn).

Quest'ultimo è il modello attualmente più discusso. Si distingue perché si basa sull'assegnazione non più di attività ma di pazienti, ciò che modifica fundamentalmente la responsabilità

dell'infermiera. Questa è ora responsabile di tutta la cura del paziente, dall'ammissione alla dimissione e deve quindi collaborare con tutte le altre figure professionali coinvolte.

Si può dire che tra i quattro modelli c'è una crescente focalizzazione sul paziente e sulla responsabilità delle infermiere. Secondo Mäkinen et al. (2003) si può quantificare questo crescente accentramento sul paziente e sulla responsabilità sull'infermiere come di seguito: cura funzionale = 1, team nursing = 2, modular nursing = 3, primary nursing = 4

Visione: il Primary Nursing (PN)

Si tratta di una filosofia di cura che richiede che il paziente sia effettivamente al centro dell'attenzione non soltanto a parole ma grazie alla responsabilità individuale di ogni infermiera. Il "primary nursing" non è solo una filosofia o modo di pensare ma è anche un sistema di organizzazione (Manthey 2004). Manthey, una pioniera americana nel settore, descrive questa filosofia di cura nel modo seguente "Con PN l'infermiera diplomata assume personalmente la responsabilità di tutto quanto avviene con il paziente 24 ore su 24, dal ricovero alla dimissione. E' quindi l'infermiera "primariamente" assegnata al paziente che pianifica e coordina le cure con o per lui. Il legame personale più profondo con l'ammalato richiede maggior impegno dell'infermiera, le garantisce però maggior soddisfazione professionale. Perché in questo sistema l'infermiera accompagna il paziente durante tutto il processo delle cure: con lui fa l'inventario dei problemi, con lui e la famiglia pianifica gli atti diagnostici o terapeutici, se è in servizio è lei che li esegue e se è assente è lei che garantisce che le colleghe se ne occupino. Quest'ultime assumano quindi una funzione "associata", mentre l'infermiera responsabile si definisce come "primaria". Alla fine sarà l'infermiera che valuterà con i pazienti i risultati delle cure e ne pianificherà anche la dimissione. In questo modo si garantisce maggiormente la continuità delle cure, ciò che richiede anche un'oggettivazione (una tracciabilità) degli atti infermieristici pianificati, eseguiti e valutabili e quindi la necessità di un dossier infermieristico e multidisciplinare. Una caratteristica importante del PN è che il ruolo della capo- reparto cambia. La capo- reparto deve soprattutto creare delle condizioni quadro favorevoli: le compete quindi avantutto un ruolo di coordinamento e meno di controllo. Soprattutto la capo- reparto non sarà più l'unica ad avere le informazioni, perchè ora ogni infermiera deve sapere tutto del suo paziente.

Il PN si prefigge i seguenti obiettivi immediati:

- aumento della soddisfazione dei pazienti, meglio informati e tranquillizzati da una relazione individualizzata e competente;
- offrire cure più sicure perché ci sono meno passaggi di informazione e meno persone coinvolte nel singolo paziente;
- aumentare la partecipazione decisionale del paziente (empowerment);
- maggior soddisfazione della famiglia, meglio informata ed integrata nelle cure;
- maggior soddisfazione per le infermiere;

- aumentare l'autonomia e la responsabilità del personale curante;
- migliorare la collaborazione medico-infermiere;
- migliorare la collaborazione interdisciplinare;
- migliorare il processo di pianificazione delle dimissioni del paziente;
- possibilità di sviluppare maggiormente la collaborazione con le cure a domicilio;
- riduzione della scala gerarchica ospedaliera.

Diverse esperienze sembrano dimostrare che con questo sistema diminuisce il tasso di abbandono infermieristico e aumenta la qualità delle cure. Un sistema come il PN richiede però una comunicazione continua: questa può essere raggiunta con l'introduzione delle seguenti misure:

- a. l'esistenza di un dossier di cura che deve comprendere per lo meno un'anamnesi infermieristica esauriente, un piano di cura che permette all'infermiera di avere tutte le informazioni necessarie per un lavoro metodologicamente corretto;
- b. rapporti interdisciplinari regolari con la presenza degli altri professionisti coinvolti nella cura;

La realizzazione del PN richiede chiaramente diverse modifiche organizzative. Per garantire al massimo la continuità delle cure e la circolazione dell'informazione è p.es. essenziale che ci siano solo turni continuati e che la singola infermiera debba poter lavorare per almeno 3-4 giorni di fila. L'aumento della responsabilità delle singole infermiere richiede particolarmente attenzione ai problemi di gestione e supervisione. La riduzione della scala gerarchica a sua volta comporta una strutturazione particolarmente oculata dei colloqui di valutazione, che dovranno essere "frequenti" e regolari.

Diversi studi hanno cercato di verificare, spesso ripetutamente e a scadenze regolari, la validità delle ipotesi che stanno alla base del PN e cioè che questo sistema aumenta la soddisfazione del paziente, migliora la qualità di cura, aumenta la responsabilità, l'autonomia e la soddisfazione professionale delle infermiere (diminuendone la fluttuazione), riduce lo stress, migliora i rapporti tra colleghi e con la capo- reparto e rappresenta un passaggio morbido tra scuola e attività professionale. Inoltre si è voluto chiarire se questo sistema richiede, come spesso viene temuto, un aumento del personale. La validità di tutte le ipotesi ha potuto così essere confermata con una sola eccezione: se con l'introduzione del PN è aumentata la soddisfazione professionale delle infermiere e dei pazienti, non tutte le capo- reparto e capi settori si sono dimostrate felici con questo nuovo ruolo. Infatti si è potuto verificare che il ruolo della capo- reparto cambia nettamente e che, avendo maggior tempo per dedicarsi ai problemi manageriali, diventa una vera coordinatrice del team, preoccupata di creare buone condizioni di lavoro, di accompagnare le infermiere e di introdurre i nuovi sviluppi infermieristici come pure di controllarne la qualità. Naturalmente alcune preferivano il vecchio ruolo più *gerarchico* ed autoritario. Comunque i

problemi maggiori all'inizio si sono registrati con i medici che non sempre hanno accettato con entusiasmo il ruolo più autonomo delle infermiere. Ma l'aspetto forse più sorprendente dei vari studi è la constatazione che l'introduzione del sistema del PN non ha significato un aumento del fabbisogno di personale. Naturalmente *dove regna una mancanza di personale nel sistema funzionale regnerà anche nel sistema di PN*, questo è ovvio.

Il PN fa vedere che già "soltanto" "un miglioramento dell'organizzazione ed una differente filosofia di base porta ad un miglioramento la qualità delle cure" (Manthey 2004, Ersser et al. 1999).

Tirando le somme a questo punto vorrei evitare due valutazioni contrastanti ed erranee: quella che vuole imporre a tutto il mondo un modello di solito concepito nella realtà anglosassone e quella che dice la realtà del nostro cantone è talmente diversa per cui non possiamo imparare niente dagli altri. Sono convinta che da ogni esperienza positiva possiamo e dobbiamo imparare delle lezioni che vanno però adattate alle condizioni locali. L'importante non sono i modelli, che possono variare anche di molto, ma la volontà e lo spirito che li animano. E, nel caso del PN, questi sono secondo me il mettere il paziente come essere umano in difficoltà al centro delle nostre preoccupazioni e il riconoscere alle infermiere il ruolo e la posizione che loro spetta.

Il PN è stato ora introdotto negli ospedali universitari di Basilea e Zurigo e in altri ospedali cantonali.

2.4 Premesse strutturali

L'applicazione del modello di cura secondo primary nursing richiede: personale di cura qualificato, un dossier di cura orientato al paziente come, servizi di supporto pure un'organizzazione basata su questo concetto.

La formazione del personale infermieristico

Abbiamo già visto che c'è una stretta correlazione tra il grado di qualifica del personale infermieristico e i risultati ottenuti. Quindi se vogliamo raggiungere risultati migliori, dobbiamo garantire che tutti i membri del team infermieristico riescano ad adattarsi alla continua evoluzione, acquisendo e aggiornando le competenze e le conoscenze necessarie.

Oltre ciò bisognerà anche riconoscere e promuovere l'esperienza e la conoscenza clinica, partendo dalla constatazione che una parte delle infermiere sono neolaureate/neodiplomate o nuove per lo meno nell'area specifica. Secondo Patricia Benner (1996, 2003) l'acquisizione e lo sviluppo di una competenza passa da tre livelli di esperienza: principiante, competente ed esperto. Tenendo conto delle risorse limitate è importante usare in modo mirato e cosciente le possibilità esistenti e quindi favorire, stimolare e riconoscere i livelli di competenza in modo sistematico. Ancora sempre secondo Benner, si è specialisti solo se si è esperti ed è in quest'ottica per accompagnare le infermiere nello sviluppo delle loro competenze che diventa

molto importante l'introduzione di una figura innovativa per il Ticino: l'infermiera specialista clinico livello MAS (Master Advanced Studies da non confondere con Master in Scienze Infermieristiche)

Lo specialista clinico

E' importante chiarire la differenza tra specialista clinico di livello DAS (Diploma Advanced Studies) e di livello MAS.

Fino a poco tempo fa per chi voleva fare carriera o sviluppare le proprie conoscenze, l'unica possibilità era di assumere responsabilità di gestione allontanandosi così dal paziente. La formazione per l'infermiera specialista clinico di livello DAS garantisce ad un gruppo di pazienti una cura competente e specialistica come per esempio pediatria, oncologia, geriatria ed è quindi competente in un campo specifico. Certe volte può avere un compito di sviluppo ossia venire coinvolta ad esempio in un progetto di reparto con l'obiettivo di migliorarne la qualità (per es.: dossier di cura, introduzione nuovo strumento, ecc). Finora in Ticino non c'era la possibilità di fare la formazione post- diploma DAS in cure generale, come ad esempio è da anni possibile in altri cantoni. Quest'anno dovrebbe partire la prima formazione.

Per quello che riguarda il livello MAS, Spirig definisce lo specialista clinico di livello MAS nel modo seguente: lo specialista clinico eroga delle cure ai pazienti e ai loro familiari basandosi su esperienze cliniche e conoscenze scientifiche. Egli sviluppa delle idee di offerta di cura e le trasferisce nella pratica (Spirig et al. 2001). Egli promuove quindi l'evoluzione del sapere professionale all'interno del proprio settore, promuovendo la competenza, l'autonomia e la responsabilità a livello dei membri dell'équipe di cura (allegato 2).

Lo specialista clinico ha le seguenti funzioni:

la funzione di esperto, sia nel contesto di consultazione specialistica, sia nelle situazioni complesse in relazione alle cure;

la funzione di consulenza sia per i pazienti e la famiglia che per il personale infermieristico. In riferimento al proprio campo specialistico consiglia e sostiene il management infermieristico nella pianificazione e nella realizzazione di nuovi sviluppi nel campo infermieristico;

la funzione di formatore: del paziente agendo sull'educazione a livello di salute e dei colleghi con lo scopo di ottimizzare e rafforzare le competenze specifiche;

la funzione di ricerca: in materia di cura permettendo un miglioramento della qualità delle prestazioni;

la funzione nelle cure Lo specialista clinico lavora al meno a meta tempo nelle cure dirette in un'area specifica. Infatti non dobbiamo dimenticare che storicamente il ruolo fu stabilito per migliorare la qualità delle cure e della pratica infermieristica al di là di ogni specialità.

La convinzione che il concentrarsi sulla cura del paziente e l'averne una pratica molto esperta sono le prime responsabilità dello specialista clinico fu già descritta nel 1966. L'esperienza con l'introduzione dello specialista clinico in altri contesti (20 anni fa negli Stati Uniti, 10 anni fa a

Berna e dal 2000 a Zurigo) ha dimostrato che all'inizio può rivelarsi abbastanza difficile far accettare questo nuovo ruolo e ottenere credibilità dallo staff dell'ospedale.

Ostacoli possono essere la mancanza di tempo e di supporto in funzione dei ruoli e dei costi per l'istruzione. Se si decide di introdurre questa persona è quindi importante di creare un gruppo di lavoro che valuta le necessità in termini di quantità ed accompagna l'introduzione della figura.

Per quanto concerne i costi: è responsabilità dello specialista clinico saper dimostrare l'efficacia del suo lavoro, in senso qualitativo ma anche sui costi. E' quindi importante documentare i risparmi e gli eventuali guadagni per l'istituto (es. riduzione costi causati da decubito, scelta prodotti, prevedere a tempo la dimissione dei pazienti, ecc). Numerosi studi hanno potuto dimostrare l'efficacia dello specialista clinico. Vorrei citarne almeno uno: uno studio pubblicato nel 2004, fatto dalla Società per la sclerosi multipla in Gran Bretagna. Questo studio ha paragonato 206 pazienti seguiti da un'infermiera specialista clinico che lavorava nel programma per le cure di questi pazienti con sclerosi multipla e 146 che non erano seguiti da uno specialista clinico. Per la valutazione sono stati utilizzati gli standard di cura della neurologia, la ricerca ha quindi dimostrato un miglioramento "drammatico" della cura del primo gruppo dei pazienti (soprattutto se lo specialista clinico faceva parte di un team multidisciplinare) e questo in tutti i parametri misurati. Cioè andava dalla riduzione delle piaghe da decubito alla gestione della stanchezza, problemi psicosociali dei pazienti e gli accertamenti neurologici.

Documento di cura orientato al paziente.

Il documento di cura è uno strumento essenziale per il passaggio delle informazioni e per la comunicazione multidisciplinare. Si rivolge essenzialmente a due soggetti: il paziente, reale proprietario del documento, e l'infermiere, principale utilizzatore. Il paziente è coinvolto in prima persona nelle cure e nell'utilizzo del documento.

Per quanto riguarda l'infermiere, il documento permette di:

- avere a disposizione una quantità di notizie tali da migliorare la qualità delle cure anche nella realtà attuale ove l'elevato turnover dei pazienti accorcia ed intensifica considerevolmente i tempi dell'assistenza
- lavorare in modo metodico; ad una raccolta dati iniziale, segue la definizione del problema di salute (reale o potenziale) e le relative azioni stabilite dall'infermiere e da altri professionisti assieme al paziente e alla famiglia
- consolidare il fatto che la compilazione corretta di dossier pertinenti fa parte del "prendersi cura" e non è da intendere come mera burocrazia. Non è comunque da dimenticare che la corretta compilazione del documento è una forma di tutela legale per l'infermiere stesso
- lavorare in modo interdisciplinare

- essere utilizzato in futuro in forma informatica e di accedere così rapidamente alle diagnosi infermieristiche e agli standard di cura

Servizi di supporto

L'inserimento di servizi di supporto permetterebbe alle infermiere di essere sollevate dalle esecuzioni di attività improprie guadagnando di conseguenza una maggior possibilità di occuparsi di assistenza in modo personalizzato migliorando così la qualità ma non solo. Questo dovrebbe dare anche una migliore distribuzione dei costi.

Nei migliori ospedali americani e olandesi ci sono sempre state le figure e dei sistemi di supporto alle infermiere diplomate: come p.es. la segretaria del reparto, la laborantine che viene a fare i prelievi ai pazienti in reparto, la rifornitura della farmacia e del magazzino da parte di terzi in modo informatizzato, la preparazione centralizzata di certi farmaci come antibiotici e citostatici, il trasporto dei pazienti e del materiale, e non da ultimo la figura di assistente di cucina nei reparti degenti.

Anche da noi la situazione attuale invita a rivedere la divisione dei vari compiti che non sono strettamente legati al paziente e che potrebbero essere delegati. In questo momento la figura più urgente da introdurre lì dove non c'è ancora, è la segretaria del reparto.

L'operatore socio - sanitario (OSS)

In questo contesto si può situare l'operatore socio-sanitario. Per un'eventuale inserimento nei nostri ospedali di questa figura il forum infermieristico EOC ha approfondito il tema e ha definito il profilo dell'operatore socio sanitario dopo un confronto con le esperienze fatte altrove con questo ruolo e un'attenta analisi del nostro contesto (vedi allegato 3).

2.5 L'organizzazione

Tre sono le condizioni principali per poter offrire cure centrate sul paziente:

- un'organizzazione che favorisca i sistemi di cura centrati sul paziente;
- un numero sufficiente di infermiere diplomate con il giusto mix di competenze
- un supporto logistico che permette al personale medico ed infermieristico di concentrarsi il più possibile sul paziente

Oltre a ciò sappiamo quanto sono importanti per lo sviluppo delle cure infermieristiche la cultura dell'organizzazione e le condizioni generali di un ospedale (Scott et al. 2004, McClure et al. 2002).

L'ANCC (centro infermieristico d'accreditamento americano) (2002) fornisce un programma di riconoscimento per ospedali che hanno raggiunto l'eccellenza, riconosciuti dalla Joint Commission (2002) e citati come Magnet Hospitals.

Le caratteristiche di questi ospedali dal punto di vista infermieristica sono:

un numero elevato di infermieri, modello di cura PN, autonomia e co-decisione nelle cure, buona collaborazione medico- infermiera, partecipazione infermieristica alla politica aziendale, una forte leadership partecipativa, servizi di supporto alle cure, impiego di specialiste cliniche, la formazione viene sostenuta e stimolata.

Oltre a queste premesse strutturali e stabilire i vari gruppi di conduzione del progetto, l'implementazione di un nuovo modello (PN) richiederà ancora l'elaborazione dei criteri per:

- assegnare i pazienti alla persona di riferimento,
- la descrizione delle caratteristiche richieste della persona di riferimento ("primaria" e "associata") come pure
- la descrizioni delle funzioni con un catalogo di compiti per le varie figure di cura nel servizio infermieristico.

Questi descrizioni possono poi essere adattate e rese più specifiche per il singolo reparto, servizio, ospedale.

"Last but not least": dovranno essere preparati i contenuti per la formazione continua sul PN, integrando quindi il servizio di formazione nel progetto.

CAPITOLO 3

Raccomandazioni per le strategie del servizio infermieristico generale EOC per ottimizzare le cure

Lavoriamo secondo il modello di cure infermieristiche “primary nursing”

Al paziente dell'EOC spetta una cura infermieristica empatica e competente. La conoscenza del paziente e una relazione empatica tra infermiere, paziente e le persone a lui più care rappresentano la base per cure ottimali e sicure.

Situazione nel 2005

Nei vari ospedali erano attuati differenti modelli di cura, pertanto ancora lontani da una cura centrata sul paziente.

Situazione nel 2015

Il Primary Nursing è implementato in 58 reparti su 60, di cui 51 hanno concluso iter di valutazione (T12). Tra questi 58 reparti vi sono anche 3 servizi di Emodialisi, 4 Ambulatori IOSI e 1 reparto di Medicina intensiva.

Lavoriamo in modo sicuro

Le infermiere sono le sentinelle più avanzate nella sorveglianza del paziente. Senza le necessarie cognizioni professionali o se mancano le condizioni di lavoro richieste, si arrischia che molti problemi non verranno riconosciuti a tempo.

Situazione nel 2005

L'impressione era che in diversi reparti non ci fosse un numero sufficiente di infermiere diplomate e competenti. Non sempre veniva usato il numero di infermiere e di personale raccomandato dalle risorse umane dell'EOC. Per di più il calcolo del fabbisogno del personale non era fatto in modo omogeneo, cioè non veniva utilizzato uno strumento uguale per tutti gli ospedali.

Situazione nel 2015

Il rapporto tra infermieri diplomati e assistenti di cura oggi è di 80/20. Ciò permette nella maggior parte dei reparti di assegnare due infermieri diplomati per il turno notturno.

Per il calcolo del fabbisogno nel 2007 è stato introdotto il sistema della “nurse-patient ratio”.

Inoltre, è stato adottato il sistema informatizzato (LEP 3) del rilevamento del carico di lavoro infermieristico, in base al quale, a partire dal 2016, verrà calcolato il contingente infermieristico necessario.

Lavoriamo con lo stesso documento di cura comprendente il processo di cura e le diagnosi infermieristiche

La pianificazione e la realizzazione delle cure si basano su un processo sistematico di soluzione dei problemi. Il documento di cura del paziente ne rappresenta uno strumento essenziale. Il processo delle cure viene eseguito assieme al paziente

Situazione nel 2005

Nei vari ospedali erano in uso differenti tipi di documentazioni di cura. In quel momento è stato elaborato e sperimentato un nuovo documento di cura centrato sul paziente.

Situazione nel 2015

In tutto l'EOC è stata introdotta la documentazione di cura integrata informatizzata (medico, infermieri e altri professionisti). La documentazione infermieristica si basa sul metodo "Focus charting" di M. Gordon.

La specialista clinica integrata nelle cure dell'EOC

La qualità delle cure infermieristiche ed il suo sviluppo sono di primaria importanza. Il personale infermieristico deve acquisire ed aggiornare le competenze e le conoscenze necessarie a migliorare continuamente la qualità delle cure erogate al paziente. La specialista clinica garantisce che tutti i membri del team infermieristico riescono ad adattarsi a questa continua evoluzione.

Situazione nel 2005

In questo momento, salvo qualche rara eccezione, la figura di specialista clinico così come conosciuta a livello nazionale ed internazionale non è ancora presente nei nostri ospedali.

Situazione nel 2015

Sono attivi 35 infermieri specialisti clinici e un esperto clinico. Essi sono attivi in modo diversificato a dipendenza delle particolarità organizzative dei singoli istituti. Vi sono quindi infermieri specialisti clinici attivi in un singolo reparto a percentuale, ve ne sono altri attivi pro dipartimento a tempo pieno e non più attivi nelle cure dirette. L'esperto clinico è invece attivo in tutto l'ospedale in cui è attivo ed è il referente degli infermieri specialisti clinici di reparto. Ad oggi l'attività degli infermieri

specialisti clinici è divenuta del tutto complementare a quella del capo reparto. Inoltre nel corso del 2012 è stata istituita la Commissione clinica di coordinamento clinico infermieristico quale gremio consultivo del board degli Responsabili dei Servizi infermieristici, i cui membri sono per la maggior parte infermieri specialisti clinici dei vari ospedali.

Diminuiamo il lavoro burocratico e interruzioni indesiderate

Più aumenta il lavoro burocratico, meno tempo ha l'infermiera per il paziente. E' stato constatato che ad ogni ora di cura infermieristica corrispondono 30'-60' usati per lavori burocratici.

Situazione nel 2005

Il personale infermieristico aveva a carico troppo lavoro amministrativo e veniva troppo spesso interrotto.

In quel momento sono state prese al vaglio varie strategie per ridurre il lavoro burocratico.

Situazione nel 2015

I reparti di cura sono stati dotati di un'assistente amministrativa. Ad oggi sono attive 46 persone con tale funzione.

Disponiamo di servizi di supporto per un servizio infermieristico più efficiente

Situazione nel 2005

Il personale infermieristico eseguiva troppo lavoro non infermieristico. Questo interrompeva il lavoro diretto al paziente. Tale situazione era inefficiente e costosa. Inoltre l'offerta di servizi variava da ospedale a ospedale.

Situazione nel 2015

In alcuni ospedali sono stati potenziati o completati i servizi di trasporto di materiale vario (tipo di laboratorio, consegna cancelleria, farmacia, ecc) e, salvo in un ospedale, è stato introdotto il trasporto dei pazienti.

Inoltre, è stata rivista la ripartizione delle attività del Servizio alberghiero e quello infermieristico (passaggio delle attività di pulizia dell'unità paziente al servizio alberghiero).

Bibliografia

- Adams A, Bond S, 2003a, Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment *Journal of Nursing Management*, **11**: 287-192.
- Adams A, Bond S, 2003b, Staffing in acute hospital wards: part 2. Relationships between grade mix, staff stability and features of ward organizational environment, *Journal of Nursing Management* **11**: 293-298.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB et al. Education levels of hospital nurses and patient mortality, *JAMA* **290**(12): 1-8.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH, 2002, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA* **288**(16): 1987-1993.
- ANCC (American Nurses Credentialing Center = Centro Infermieristico d'accreditamento americano), 2002, The Magnet Nursing Services Recognition Program for Excellence in Nursing Service, Health Care Organization, Instructions and Application Process Manual, Washington, DC.
- Benner P, 2003, L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza, Edizione italiana a cura di Carlo Calamandrei e Laura Rasero, 1a Edizione, McGraw-Hill, Milano.
- Benner P, Tanner C, Chesla C A, 1996, Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics, Springer Publishing Company, New York.
- Bryan-Brown CW, Draccup K 2003, Dying by Irreconcilable Numbers, *American Journal of Critical Care* **12**(1): 6-8.
- Buchan J, 2004, Nurse Workforce planning in the UK: Policies and Impact, *Journal of Nursing Management* **12**(6), 388-392.
- Caffè della Domenica (M. S), 2004, I farmaci costano quattro volte di più qui in Svizzera, *Il Caffè della Domenica*, 14. novembre 2004.
- Callahan MA, 2004, Surgical patients are at lower risk of death in hospitals with more degree-educated nurses, *Evidence-based Healthcare* **8**: 67-68.
- Ersser S, Tutton E, 1999, Primary Nursing: Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems, 1a Edizione, Verlag Hans Huber, Berna.
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Health care at the crossroads. Strategies for addressing the evolving nursing crisis. Aug 2002.
- Kovner C, Gergen PJ, 1998, Nurse staffing levels and adverse outcomes following surgery in U.S. hospitals *Journal of Nursing Scholarship* **30**(4): 315-321
- Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Bond S, 2003, Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses, *Journal of Nursing Management* **11**: 299-306.

- Manthey M, 2004, The Practice of Primary Nursing 2 ed Creative Health Care Management, Inc. Minneapolis.
- McClure M, Hinshaw S, 2002, Magnet Hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses, 1a Edizione, American Nurses Publishing, Washington.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K, 2002, Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals, New England Journal of Med, **346**(22), 1715-1722.
- Picker, 2005, Inchiesta soddisfazioni pazienti, Picker Institut, Zugo
- Picker, 2002, Inchiesta soddisfazioni pazienti, Picker Institut, Zugo
- Schubert M, Spirig R, De Geest S, 2004, Die Auswirkungen des Stellenabbaus im Pflegebereich, Website:<http://www.unibas.ch/nursing/pflegewissenschaft/deut/news/publikationen/inhalt-1.html>.
- Shuldham CM, 2004, Commentary. Nursing skill mix and staffing, Journal of Nursing Management **12**: 385-387.
- Scott C, West E, 2004, Special issue on the nursing workforce and quality of care, Journal of Nursing Management **12**(6), 381-384.
- Sovie MD, Jaward AF, 2001, Hospital restructuring and its impact on outcomes, The Journal of Nursing Administration, **31**(12), 588-600.
- Spirig R, Petry H, Kesselring A, De Geest S, 2001, Visionen für die Zukunft - Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz, Pflege, **14**(3), 141-151.
- Tagesanzeiger (Frei M) 2002, Weniger Schwestern, mehr tote Patienten, Tages Anzeiger, 25. ottobre 2002.

Altro:

- Ente Ospedaliero Cantonale 2005; opuscolo statistiche 2004.
- Fittall B, 2004, Can we measure how changes in the nursing workforce affect patient care? Journal of Nursing Management **12**(6), 397-402.
- Spilsbury K, Meyer J, 2004, Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting, Journal of Nursing Management **12**(6), 411-418.
- Universitätsspital Zürich, Pflegedirektion, Bezugspflege USZ, Das Pflegesystem der Zukunft, Januar 2004.