

CAPITOLO I

I. 1 Modello organizzativo

I. 2 Attività di implementazione

L.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PRIMARY NURSING PER LE UNITÀ OPERATIVE DI OSPEDALE

Renzo Zanotti

Il cambiamento è un processo in atto ma che richiede, perché vada nella direzione voluta, visione chiara e valide strategie di governo del processo stesso. Nell'assistenza ospedaliera tradizionale del nostro Paese tre elementi hanno sempre distinto l'attività professionale degli operatori non-medici:

- a) la spersonalizzazione dell'operatore, non collegabile ad un risultato ma solo a singoli interventi;
- b) l'appiattimento della professionalità su tecnicismo e genericità operativa delle routine assistenziali tradizionali dell'ambiente ospedaliero;
- c) l'assenza di percorsi post-base di differenziazione della competenza e responsabilità professionale che colleghino la formazione alla carriera nella clinica dell'assistenza.

Per tali e altri motivi, la difficoltà primaria per introdurre innovazione nell'assistenza è prioritariamente culturale e poi organizzativa. Emergono infatti rigidità professionali trasversali alle categorie e stereotipie di ruolo che resistono e confliggono con i cambiamenti evidenziando la permanenza di modelli professionali non più adeguati ai tempi. Da qui la difficoltà di tutto il settore dell'assistenza a cogliere le situazioni di crisi come occasioni di messa in discussione per la revisione critica della qualità dei processi assistenziali in rapporto alle condizioni mutate del contesto.

La visione necessaria per guidare un complesso processo di cambiamento è costituita infatti dal modello, in questo caso dell'assistenza, che si intende realizzare e dalle strategie di governo da adottare per transitare dall'esistente al prefissato.

Il modello oggetto di questa analisi definisce la forma organizzativa complessiva dell'assistenza non-medica nell'unità operativa di ospedale e la sua perseguibilità con opportune strategie di sollecitazione e sostegno al cambiamento.

Principi di riferimento

La visione dell'assistenza e del modello organizzativo che la rende possibile, trovano in alcuni principi i riferimenti della filosofia di fondo a cui le scelte sono state tutte ispirate. L'esplicitazione di tali principi favorisce la comprensione della logica del modello organizzativo e delle scelte da esso derivate.

I principi fondamentali di riferimento sono quattro e precisamente:

1. *Principio del "BISOGNO"*

L'attività assistenziale si giustifica solo se corrisponde ad uno stato di bisogno, inteso non come stato di malattia o trauma ma come capacità non adeguata dell'individuo (o del suo gruppo primario di appartenenza) per funzionalità, conoscenza e volontà a produrre le attività necessarie a mantenere o migliorare lo stato di salute e la qualità desiderata di salute. Inoltre, l'incapacità a produrre le attività necessarie deve determinare conseguenze negative per il soggetto stesso. L'esistenza del bisogno è quindi la condizione necessaria per l'assistenza.

2. *Principio del "BENEFICIO"*

Per "assistenza" si intende un ambito di attività accomunate dalla finalità di perseguire il massimo beneficio per l'assistito, tramite sostituzione, sostegno, sviluppo di sue funzioni ed abilità. L'intervento di assistenza professionale si giustifica anche quando l'intervento dell'assistente determina maggior beneficio all'assistito che non se fosse fatto direttamente dallo stesso.

Il massimo beneficio per l'assistito corrisponde ad un livello superiore della sua autonomia nel provvedere alla propria salute. Il "non beneficio" corrisponde all'induzione di inutile dipendenza e cioè alla messa in atto - non necessaria - di un livello superiore di dipendenza dall'assistenza, servizio o apparecchiatura/ausilio.

3. *Principio della "COMPETENZA"*

L'assistenza professionale sanitaria costituisce un sottoinsieme della generale assistenza caratterizzata dal fatto che, per esercitarla, è necessario possedere abilità e conoscenze sulla struttura, comportamento e fisiopatologia della persona acquisibili solo con percorsi strutturati teorico-applicativi, data l'intrinseca complessità della competenza richiesta. Coloro che hanno conseguito tali competenze sono riconducibili a figure già esistenti nel contesto del sistema sanitario del Paese. Pertanto, le attività di assistenza sono "infermieristiche" solo nel caso in cui esista una norma giuridica che le qualifichi come tali. In assenza di tale norma, l'attività assistenziale va valutata con opportuni criteri per individuare quale sia il livello di competenza riconosciuto come necessario e sufficiente per l'esercizio ottimale (minimo danno e massimo beneficio per il destinatario).

La competenza specifica è la condizione necessaria per assumere la responsabilità di un intervento di assistenza professionale.

4. *Principio dell' "INTERDIPENDENZA"*

Le attività di assistenza vengono prodotte all'interno di un sistema multi-professionale, ad elevata interdipendenza tecnica e di processo. L'interdipendenza richiede

coerenza tra il sistema delle decisioni e l'agire tecnico-pratico che lo implementa. La coerenza va sostenuta da un sistema informativo che colleghi tra loro i soggetti nei vari momenti del processo di assistenza e che fornisca gli elementi di controllo necessari per la verifica di appropriatezza dell'assistenza e di qualità dell'organizzazione che la produce.

I quattro principi ispiratori e di riferimento determinano le caratteristiche fondamentali che devono connotare il modello, in particolare:

- a) non tutti i degenti hanno necessariamente bisogno di assistenza in aggiunta al trattamento alberghiero e medico; tuttavia, i degenti devono essere valutati rispetto all'esistenza o meno di livelli di incapacità tali da determinare, se non modificati, conseguenze negative (bisogno di assistenza);
- b) l'assistenza deve mirare a migliorare l'autonomia dell'assistito (o del suo gruppo) e, di conseguenza, non produrre attività routinarie di inutile sostituzione o supporto ma disporre di una vasta gamma di alternative di intervento;
- c) l'intervento assistenziale professionale si caratterizza per l'intrinseca competenza teorico-pratica implicata; tale intervento persegue il miglioramento dell'autonomia dell'assistito;
- d) l'assistenza professionale ospedaliera è, per sua natura, interprofessionale e quindi richiede un sistema organizzativo che mantenga la coerenza tra gli operatori rispetto ad obiettivi da perseguire ed interventi da erogare. Agire professionalmente in un contesto di elevata interdipendenza richiede un alto grado di flessibilità organizzativa e di comportamento professionale perché la coerenza venga mantenuta mirata al beneficio per l'utente.

Dai principi deriva che

Non necessariamente tutti i pazienti necessitano di assistenza in aggiunta a quella medico-alberghiera

L'assistenza professionale infermieristica deve poter offrire interventi aggiuntivi-complementari a quelli del trattamento medico, se necessario

L'infermiere deve possedere competenza clinica e tecnica relativa al proprio ambito per porre in atto propria assistenza professionale

Il gruppo operativo deve poter operare con coerenza e quindi va coordinato e sostenuto da adeguate informazioni

Definita la connotazione che deve caratterizzare il modello, diventa possibile anche definire gli stati-obiettivo di differenziazione dall'esistente che il modello permette di perseguire. La significatività della differenza deve essere valutabile in termini di minor fabbisogno di risorsa professionale a pari o migliore assistenza ricevuta dal paziente.

Primary Care e altri modelli per l'organizzazione dell'assistenza

Il modello adottato per ridisegnare l'assistenza professionale non-medica costituisce uno sviluppo del modello classico del "Primary Care" adattato al contesto del sistema sanitario ospedaliero italiano in base ai principi prima descritti.

Nel *primary care* classico, la relazione di un singolo infermiere "primario" con l'assistito costituisce il focus dell'assistenza professionale a cui vengono associati gli altri infermieri (Rafferty,1993). In sintesi, un singolo infermiere è responsabile della erogazione, qualità e appropriatezza dell'assistenza non medica erogata ai suoi pazienti (verso i quali è primario) per tutta la durata della degenza e delega l'autorità ad attuare gli interventi previsti, ma non quella di programmare e valutare, ai colleghi dei diversi turni (infermieri associati). In effetti, il modello "Primary Care" costituisce una evoluzione del precedente Team Nursing (conosciuto in Italia come "Piccole Équipe") e sviluppato proprio per correggere quello che è stato da sempre considerato il limite principale del Team Nursing: l'assegnare la responsabilità in toto e solo al team leader (Reed, 1988) da cui i componenti del gruppo dipendono anche per essere aggiornati con frequenti e difficilmente effettuabili incontri di gruppo. I team leader sono incaricati con ruolo formale, programmano l'assistenza per un settore, o blocco, o gruppo di pazienti a cui forniscono poi, con il loro team, tutta l'assistenza necessaria sia alberghiera che sanitaria (Newcomb & Swansburg, 1971). Risulta da esperienze documentate che il Team Nursing, a lato di alcuni vantaggi (riduzione del rapporto numerico infermiere/paziente), comporta l'aumento del fabbisogno di personale (servono più team per turno di lavoro) e il rischio molto reale che i team erogino assistenza funzionale per routine. Inoltre, la scarsa formazione in dinamica di gruppo, coordinamento e management di team assistenziale degli attuali infermieri rende problematica la costituzione di team che operino con autonomia professionale in un buon clima collaborativo tra i leader dei team e il coordinatore di unità (Thomas and Bond 1990; Waters and Easton 1999).

Il modello del primary care perse-

Modelli organizzativi possibili

Nursing Funzionale: compiti e tempi correlati = modello in atto nelle unità

Team nursing: aumento del fabbisogno, dinamiche di gruppo, deresponsabilizzazione componenti

Primary Nursing classico – infermieri specialisti con colleghi "associati". Elevata autonomia valutativa dell'infermiere "primario" e responsabilità completa di risultato

gue invece l'autonomia di ogni singolo professionista, non solo di alcuni che diventano i leader dei gruppi, quale elemento strategico per lo sviluppo della responsabilità e professionalità dell'infermiere (Thomas and Bond 1990; MacGuire 1991; Sandhu, Duquette et al. 1991). Tale strategia è resa fattibile determinando un rapporto primario tra un infermiere e un assistito e associando a tale rapporto gli altri operatori in un sistema a matrice dove ciascun infermiere è, contemporaneamente, primario per qualche assistito e associato nell'assistenza di altri.

La responsabilità dell'assistenza infermieristica al singolo paziente diventa infatti assumibile da un singolo infermiere, non dagli infermieri quale gruppo di "anonimi" operatori di assistenza (Smith 1996; Melchior, Halfens et al. 1999; Rigby, Leach et al. 2001; Nelson 2002). Evidentemente tutto questo presuppone che esista una qualche attività di assistenza professionale non prescritta dal medico e mirata a determinare un qualche beneficio al paziente, assumendo anche che tale beneficio non sia altrimenti determinabile con le normali routine di assistenza.

Variazioni introdotte rispetto al Primary Care classico

Le principali variazioni introdotte ai fini della sperimentazione all'approccio classico del Primary Nursing ai fini della costruzione del modello sperimentale, consistono in:

- a) suddivisione dell'assistenza non medica in due classi:
 - 1a) "*assistenza avanzata*" comprendente l'insieme delle attività che determinano un effetto diretto sulla salute dell'assistito con potenzialità di rischio correlato;
 - 2a) "*assistenza di base*" comprendente l'area del supporto fisico-sostitutivo diretto e del comfort alberghiero;
- b) l'infermiere diventa primario solo in riferimento all'assistenza avanzata e interagisce con quella di base solo se necessario per la messa a punto ed erogazione di un programma aggiuntivo e individualizzato di assistenza;
- c) inserimento di operatori non infermieristici per l'assistenza di base. Le attività alberghiere e per il comfort possono essere erogate in modo ottimale da operatori tecnici dell'assistenza.

Di conseguenza, l'infermiere libera quota-tempo dall'impegno dell'attività di base per spostarla nell'assistenza avanzata;

d) coinvolgimento del gruppo infermieri nelle decisioni dell'infermiere primario con possibilità, da parte di questi, di inserire ulteriori elementi o modifiche nell'assessment del paziente e nel programma di assistenza. Il programma rimane comunque sotto la responsabilità dell'infermiere primario.

Tale variazione elimina un aspetto di difficile applicazione del Primary Nursing classico al nostro contesto data l'assenza di infermieri specializzati o di livello clinico da post-laurea, mantenendo però la peculiarità di tale approccio (la responsabilità si collega a individui e non a gruppi). Il gap di competenza clinica derivante dallo spostamento dell'infermiere su attività a maggior impegno di cultura scientifico-professionale potrà essere colmato con opportuni percorsi formativi "in service" per tutti gli infermieri coinvolti. Tali variazioni sono state ritenute opportune e necessarie per la messa in prova nel contesto professionale peculiare dell'infermieristica italiana, in cui non esiste tradizione alla responsabilità professionale individuale nel processo di assistenza.

La peculiarità del modello adottato è quindi di prevedere lo spostamento del nursing professionale su un ambito "avanzato", la sostituzione dell'infermiere con L'OTAA/OSS per il nursing di base, la socializzazione nel gruppo professionale delle decisioni mantenendo l'identificabilità di un infermiere "primario" sia per il paziente che per il programma di assistenza avanzata individualizzata.

Criteri per la classificazione delle attività di assistenza

La collocazione del modello adottato nel contesto dell'unità operativa richiede che le attività di assistenza effettivamente prodotte vengano classificate in coerenza con la tipologia di assistenza -base o avanzata prevista dal modello stesso. Tale operazione è necessaria per valutare lo stato in atto dell'assistenza professionale e non, identificare il livello di cambiamento auspicabile e quello attuabile nel breve.

I criteri adottati per classificare le attività assistenziali prodotte nelle unità ospedaliere al fine di collocarle nell'assistenza avanzata o di base sono tre:

1. Rischio per l'assistito (derivante dall'attività specifica)
2. Competenza necessaria (per la valutazione del rischio/beneficio e padronanza del compito)
3. Norma giuridica (attribuzione o meno della competenza se presente)

L'applicazione dei tre criteri rende inoltre possibile l'analisi dell'attività assistenziale nelle unità operative ai fini di una revisione critica del tradizionale rapporto attività - ruolo professionale che permette l'identificazione di nuovi ambiti di partecipazione di operatori a diverso profilo professionale, competenza e responsabilità nel processo assistenziale.

La revisione critica dell'assistenza in atto è coerente con l'assunto che l'assistenza professionale mira al miglioramento dell'autonomia dell'assistito perché attiva risorse e potenzialità dell'individuo o di componenti del gruppo, al fine di diminuirne il livello di dipendenza, in accordo anche con la letteratura del settore (Wilson-Barnett 1988; Schank and Lough 1990; Fernsler and Cannon 1991). L'esistenza di un livello di dipendenza modificabile con insegnamento, esercizio, supporto psico-fisico senza uso di farmaci e invasività costituisce una condizione sufficiente per motivare l'intervento di "terapia assistenziale" professionale (Weatherston 1979; Backman and Hentinen 1999; Shepard and Kelvin 1999; Hertzberg and Ekman 2000; Mick and Ackerman 2000). In tal senso il nursing si connota come attività primariamente riabilitativa all'autosufficienza del singolo e della famiglia (Thomas and Bond 1990; Turner 1993; Grenville and Lyne 1995; Vanetizian 1997; Travis and McAuley 1998). L'assistenza "avanzata" o "professionale" diventa allora attività deliberatamente attuata per perseguire il massimo beneficio (riduzione della dipendenza) per l'assistito tramite sviluppo delle sue (o del gruppo) funzioni ed abilità dove, nel malato terminale queste consistano nell'affrontare in modo migliore, la propria morte o quella della persona cara (Zanotti, 2002).

La tradizione, contrariamente agli assunti del modello adottato, considera "assistenza" e "infermieristica" uno sinonimo dell'altro (per cui una attività di assistenza se non è "trattamento curativo" è sempre "assistenza infermieristica"). In accordo con il modello invece, le attività di assistenza si possono definire come "*infermieristiche*" solo se esiste una diretta attribuzione di legge e limitatamente all'ambito territoriale da questa compreso; in assenza di norma esplicita, il modello adottato indica che l'attività va valutata con il criterio del livello di competenza necessario per la sua produzione ottimale (minimo rischio e massimo beneficio per l'assistito). La competenza specifica è infatti il requisito necessario che collega le professioni ai compiti e deriva dal possesso di conoscenza strutturata ed esperienza guidata, ambedue necessarie per avere la padronanza del momento decisionale-valutativo che governa l'attività stessa.

La peculiarità dell'assistenza ospedaliera consiste nel fatto che i risultati e le attività dipendono, e vengono prodotti, da un sistema multi-professionale ad elevata interdipendenza. Tale interdipendenza, benché non sempre riconosciuta dai vari ruoli, necessita di un coerente e integrato sistema informativo che colleghi soggetti e interventi nello sviluppo del processo di assistenza. Tale sistema informativo serve anche a mantenere elevata la coerenza inter-professionale sia nei comportamenti dei singoli che nelle finalità realmente perseguite.

L'organizzazione dell'assistenza al presente

L'assistenza infermieristica e non, è attualmente organizzata secondo l'approccio del nursing funzionale. Tale approccio, caratterizzato dalla centralità del compito, permette di perseguire elevata efficienza tecnica grazie alla temporalizzazione delle attività e l'assegnazione delle stesse a singoli infermieri. L'infermiere non è responsabile dell'assistenza al paziente ma solo dei compiti prodotti. L'assistenza è frammentata in routine tecnico-pratiche, in parte di supporto/sostituzione di funzioni primarie e, in parte, da implementazione di trattamenti medici prescritti.

Dai dati di osservazione raccolti non sono rilevabili trattamenti specifici o uso della relazione a scopo terapeutico-educativo dell'infermiere che non siano l'attuazione di una prescrizione. Il tempo-operatore è quindi consumato dalle routine correlate all'assistenza medico-alberghiera. Gli assistiti non vengono valutati rispetto a competenza e potenzialità di autocura e i famigliari non sono coinvolti e considerati risorsa assistenziale per il post-dimissione.

In tale contesto, non vengono prodotti dati utilizzabili per la valutazione dell'assistenza erogata e dei risultati da questa ottenuti perché:

- a) non esiste un sistema di documentazione e controllo sistematico che produca l'archivio storico dell'assistenza;
- b) la metodologia clinica dell'assistenza ed i processi a questa correlati sono sostituiti dalle sequenze di attività per orario;
- c) l'assistito è solo minimamente o occasionalmente coinvolto nelle scelte che lo riguardano e l'operatore di assistenza è impegnato nel rispetto dei tempi per attività tecniche di base spesso ordinate in sequenze fisse in base a tradizioni organizzative poco o nulla coerenti con i bisogni degli assistiti.

L'approccio funzionale nell'assistenza lega l'operatore ad attività poco coerenti con l'individualità del bisogno e diminuisce lo status professionale dell'infermiere rispetto all'assistenza complessivamente erogata. La tabella I.1 che segue esemplifica con dati reali la prassi infermieristica sopra descritta in riferimento ad una unità chirurgica del campione.

Nel modello funzionale, il fabbisogno di infermieri viene calcolato per ore lavoro e per turno; non esistono riferimenti alla qualità e significatività dei risultati dell'assistenza nella valutazione del fabbisogno di personale. Il coordinamento dell'assistenza si basa sul rispetto dei tempi e delle attività prescritte in aggiunta alle routine; il singolo infermiere non assume responsabilità su scelte e risultati di assistenza.

Tabella I.1 Attività infermieristica: Compiti e tempi correlati in una unità chirurgica (m' \24h)

Attività	durata media	variabilità
Visita medica	240	25
Letti, pulizia paz. e medicazioni (2 coppie)	240	40
Terapia OS, IM, aerosol, peso	140	
Riordino e preparazione carrelli medicazione e terapie varie	105	
Posizionamento paziente per pasti e riposo	105	5
Controlli vari, attività prescritte, trasporti	100	30
Terapia EV	100	20
Svuoto pappagalli\ misura diuresi	90	10
Pausa caffè e panino (complessiva)	90	10
Aiuto al paziente ad alimentarsi	80	15
Raccolta vassoi e riordino post colazione	80	10
Raccolta menù e compilazione diete	75	
Distribuzione vassoi per pasti	60	
Aggiornamento terapie e consulenze	60	30
Prelievi ematici con sistemazione provette	50	10
Colloqui con responsabili e di collegamento con altri servizi	45	30
Aggiornamento diario di assistenza	45	
Pulizia cucina e controllo sonde (<i>anche ausiliario</i>)	40	
Visione consegne e agenda, preparazione visita medica	40	
Pulizia pazienti al bisogno	30	
Alimentazioni con sondino	30	
Insuline, stick e iniezioni intramuscolari	30	20
Scrittura consegne per cambio turno	30	
Sistemazione del carrello biancheria	25	
Passaggio orale delle consegne nel cambio-turno	20	10
Preparazione cartelle cliniche	20	10
Riordino carrelli vitto per i pasti	15	5
Riordino farmaci e richieste per farmacia	15	10
Richiesta ai famigliari di uscire post orario-visite	10	

Definizione dello stato-obiettivo perseguito di assistenza

Lo stato-obiettivo (stato perseguito come migliorativo dell'attuale, determinato dagli interventi sperimentali prodotti) per corrispondere all'impegno e alle risorse attivati per perseguirlo, deve costituire un significativo miglioramento rispetto allo stato esistente ed essere sostenibile una volta cessato l'impegno straordinario della sperimentazione. Le caratteristiche definenti dello stato che lo differenziano in maniera significativa da quello attuale sono le seguenti:

1. L'assistenza di base viene erogata da Operatori Tecnici di Assistenza o Operatori Socio Sanitari, in ciascun turno di servizio, con partecipazione diretta degli infermieri solo per i casi valutati "a rischio".
2. Le attività di routine tradizionali vengono valutate criticamente rispetto ai singoli casi in assistenza - prima di essere implementate - in base ad almeno quattro alternative:
 - a - l'intervento tradizionale non viene fatto non esistendone il bisogno;
 - b - l'assistito viene educato a rispondere da solo al proprio bisogno;
 - c - un familiare (o assistente informale) viene posto in condizione di intervenire;
 - d - l'operatore attua direttamente l'intervento
3. Un infermiere coordina l'assistenza di base assegnando la tipologia di attività all'OTAA/OSS rispetto ai casi che presentino alcuni scostamenti da lui accertati all'ingresso o per controllo ad hoc.
4. Nella unità si utilizza un sistema informativo standardizzato, integrato con quello medico, che fornisce supporto per l'attività quotidiana.
5. L' infermiere valuta il paziente all'ingresso per determinare il bisogno di assistenza e la tipologia
6. L'infermiere eroga attività professionali avanzate ai soggetti che presentano le condizioni previste per tali interventi
7. L'infermiere rivede periodicamente i soggetti rispetto ai programmi di assistenza in corso e presenta i casi particolari in incontri brevi periodici di unità
8. L'infermiere valuta i risultati dell'assistenza e la competenza in autocura del soggetto in vista della dimissione

In particolare, il sistema informativo da predisporre deve rendere possibile:

- a - definire e seguire un programma di assistenza generale nell'unità
- b - definire e seguire un programma di assistenza individuale per soggetto quando questi presenti degli scostamenti;
- c - costituire una traccia storica dell'assistenza documentata e consultabile;
- d - sostenere discussioni professionali e organizzative su casi in assistenza e modalità di intervento tecnico rispetto a risultati prefissi;
- e - disporre di un dossier per caso con le informazioni essenziali e necessarie per mantenere la continuità dell'assistenza tra turni di lavoro e tra servizi.

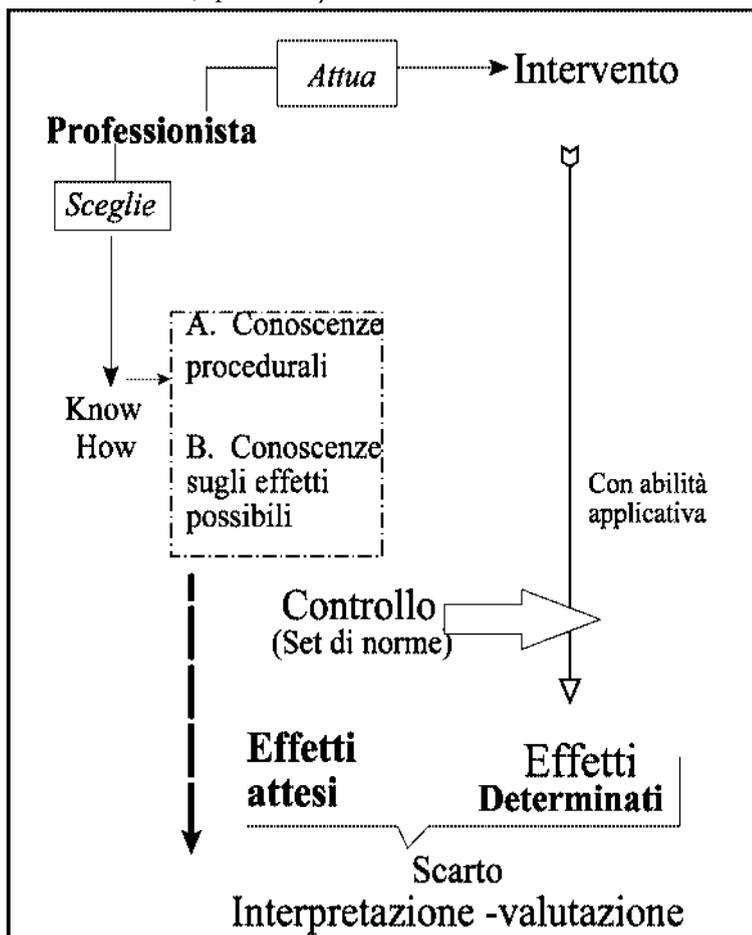
La trasformazione da una operatività di tipo funzionale ad una basata sulla responsabilità individuale richiede che venga attentamente valutata la natura e quindi il requisito di cultura connesso alla tipologia degli interventi per l'attribuzione degli stessi - quando debba essere discriminata la responsabilità attuativa ai ruoli professionali implicati nel processo assistenziale.

Elementi considerati per l'analisi del compito assistenziale

Un intervento assistenziale richiede per la messa in atto, il possesso di conoscenza sulla natura del compito e gli *effetti attesi* oltre alla abilità psicomotoria applicativa del set di regole che definiscono la sequenza operativa comportamentale. Un compito assistenziale costituisce quindi una struttura di comportamenti normati per chi lo produce perché finalizzata a generare effetti per l'assistito.

Il rispetto applicativo delle norme regolatrici del compito e la valutazione degli effetti sono due fattori che richiedono conoscenza, mentre l'addestramento/esercizio migliora l'efficienza esecutiva. Il livello di performance deriva quindi dall'integrazione dell'expertise (conoscenza strutturata) con l'addestramento nella produzione del compito stesso.

Figura I. 1 Elementi che consentono al professionista la scelta e il controllo del compito: coerenza con norme di comportamento corretto, previsione di effetti e valutazione dello scarto tra atteso ed effettivamente avvenuto (a posteriori)



Complessità del compito

La complessità di una attività\operazione assistenziale deriva da tre ordini di fattori:

- a) quantità di conoscenza richiesta per la comprensione delle regole di comportamento;
- b) conoscenza implicata per la comprensione delle relazioni tra il compito e gli effetti possibili di questo (rischio);
- c) livello dei pre-requisiti resi necessari dalla conoscenza implicata nelle regole procedurali e di comprensione degli effetti del compito tecnico.

La conoscenza teorica necessaria alla comprensione del compito è determinata principalmente dalla conoscenza implicata per la comprensione delle relazioni tra il compito e gli effetti possibili di questo “rischio” in quanto la variabilità di effetti determina una esposizione al rischio di risultato indesiderato o negativo, di cui non sempre è possibile identificare la causa.

Maggiore sarà l'ampiezza degli effetti potenziali, maggiore sarà il rischio, sia di non acquisire quanto desiderato che di determinare quanto non desiderato. Ne consegue che all'aumentare del rischio deriva un corrispondente aumento del fabbisogno di conoscenza sugli effetti possibili e quindi di know-how richiesto al soggetto per la valutazione del risultato (Zanotti, 2002).

La conoscenza necessaria implicata nell'agire tecnico, appartenendo questa ad un preciso dominio di eventi, è identificabile (se disponibile) sia per gli aspetti di comportamento, di sequenza che di effetto atteso e indesiderato. L'identificazione del contenuto di conoscenza sotteso al compito rende quindi possibile la descrizione della stessa in termini di: prescrizione di comportamento che ottimizza la probabilità del risultato desiderato, sequenza a cui attenersi, risultati alternativi e indesiderati possibili. La disponibilità di conoscenza valida rende inoltre possibile motivare e spiegare la regola comportamentale; tale cono-

Elementi per la valutazione del rischio ai fini dell'inserimento nell'assistenza avanzata

Il rischio collegato ad una attività assistenziale va valutato almeno in quattro ordini di fattori:

- a) livello di conoscenza richiesta per interpretare le regole di comportamento operativo;
- b) livello di conoscenza necessaria per predire gli esiti possibili dell'azione professionale
- d) potenza diretta di effetto dell'azione sulle funzioni dell'assistito
- e) variabilità di effetto sullo stato dell'assistito

scienza, comprensiva della descrizione dei comportamenti, della sequenza, dei risultati attesi e della spiegazione degli stessi (vedi Figura I) è rappresentabile in una linea-guida prescrittiva utile per istruire gli operatori e rendere omogeneo il loro agire. Se la rappresentazione possiede capacità interpretativa, guida cioè ad assegnare significati alle evidenze empiriche (e quindi non è solo prescrittiva con comandi di comportamento) diventa allora la teoria specifica che governa il compito; tale teoria fornisce al soggetto (in possesso dei requisiti) gli elementi necessari per l'attivazione e il controllo consapevole dell'agire costituente il compito tecnico-assistenziale: il "knowing-how" governa il "knowing-that".

Ogni compito possiede un set di comportamenti, un ambito di attivazione e un set di effetti possibili. La complessità del compito deriva quindi dalla variabilità delle relazioni tra i comportamenti costituenti il compito e l'effetto complessivo o finale. Ne consegue che se, e solo se, all'aumento dei comportamenti interni necessari al compito corrisponde un pari aumento degli effetti possibili, allora, e solo allora, aumenterà anche la complessità del contenuto di teoria necessario per il governo del compito; all'operatore sarà di conseguenza necessario un maggiore know-how per effettuare e mantenere il controllo del compito stesso.

In sintesi, la complessità è una funzione della variabilità dell'effetto (potenza del compito nel determinare un cambiamento) e non della complessità tecnica o procedurale del compito stesso.

Non la struttura quindi ma la potenzialità di effetto del compito ne determinano la complessità: compiti complessi sul piano tecnico ma a costanza di effetto non richiedono background teorico (conoscenza scientifica) per essere prodotti in modo corretto ma invece, capacità di produrre comportamenti in coerenza con le norme che lo governano. La responsabilità per un compito anche tecnicamente semplice (componente tecnica) ma ad elevata variabilità di effetto richiede un soggetto in possesso del background teorico necessario per interpretare e prevedere (componente scientifica) gli effetti possibili.

I comportamenti necessari per la messa in atto del compito nelle modalità coerenti con i parametri di correttezza tecnica richiedono il possesso di abilità psicomotorie correlate. Tali abilità appartengono alla gamma dei comportamenti producibili a seguito di un opportuno periodo di acquisizione ed esercizio - training specifico - del comportamento in oggetto.

Ne consegue che l'abilità professionale operativa richiede necessariamente conoscenza tecnica ed esercizio ma non necessariamente conoscenza scientifica in quanto

questa è resa necessaria non dall'intervento tecnico ma eventualmente dalla scelta di questo e si correla alla responsabilità e non alla capacità applicativa.

Processo informativo di collegamento

La produzione di attività di assistenza richiede la produzione e l'uso di una fitta rete sociale di rapporti formali e informali tra i soggetti che compongono il team dell'unità operativa. All'interno di tale rete esistono e si manifestano comportamenti riferibili al ruolo sociale atteso e percepito, sia in rapporto alle esigenze di conferma del sé che di appartenenza e di condivisione con gli altri, di uso comune dell'ambiente e di necessità di supporto nell'attività professionale (Webb,1981).

Tra i processi sociali che costituiscono la rete dei rapporti, quello centrale in un ambiente professionale è il processo informativo che vincola in forma interdipendente i vari operatori nel perseguimento degli obiettivi clinici. Il processo informativo può essere sviluppato a livelli elevati di efficienza a condizione che:

- a) vengano correttamente identificati i contenuti informativi necessari per alimentare le decisioni cliniche ed organizzative dell'assistenza senza inutili ridondanze o, al contrario, carenze informative critiche. Nel primo caso, l'attività informativa diventerebbe eccessiva rispetto alla finalità costituendo un inutile aggravio di lavoro e quindi uno spreco di risorse. Nel secondo caso, verrebbero a mancare elementi necessari con la conseguenza frequente di aumentare il ricorso ai dati informali, estemporanei e ai racconti verbali;
- b) si implementino coerenti modalità per recuperare, trasmettere e registrare le informazioni in grado di permetterne un uso efficiente non solo nel momento contingente ma anche in riferimento ai dati storici o di archivio.

In sintesi, il sistema informativo di supporto all'assistenza deve poter fornire all'infermiere informazioni utili per rispondere ai quesiti che corrispondono ai nodi decisionali del processo assistenziale (Zanotti & Fitzpatrick,1993). Nello schema che segue sono posti in relazione i quesiti con la tipologia informativa minima necessaria per soddisfarli: il tutto dovrebbe essere contenuto su un supporto idoneo alla consultazione rapida e alla registrazione facile del dato. Le potenzialità di un supporto informativo, integrato da cartaceo minimo, risultano oggi adeguate a fornire un vantaggio aggiuntivo alla scrittura manuale delle informazioni, in particolare per la possibilità di avere database relazionali interrogabili con stampe ad hoc delle informazioni richieste.

Tabella I.2 Collegamento tra quesito di assistenza e tipologia di informazioni necessaria per soddisfare il quesito stesso

Quesito del processo di assistenza	Informazioni per la decisione
1. Il nuovo degente necessita di assistenza (oltre quella medica e alberghiera)?	Livello di autonomia funzionale e cognitiva Livello di competenza in autocura Lesioni e sintomatologia disturbante Percezione di capacità Livello di informazione posseduta
2. Se sì, quale tipologia di assistenza per quale risultato auspicabile?	Probabilità di recupero delle limitazioni Probabilità di sviluppo di capacità/competenza nel soggetto e/o familiare Prospettiva di durata della degenza Prospettiva di variazione significativa dello stato durante la degenza Risorse e atteggiamento del soggetto rispetto all'autocura
3. Quale programma di assistenza ottimizza il risultato? Quali interventi vanno garantiti perchè prescritti o necessari?	Interventi assistenziali temporizzati con collegamento a motivazione e risultato atteso Interventi di terapia medica temporizzati Interventi di diagnostica e controllo medico
4. Gli interventi producono i risultati desiderati?	Interventi assistenziali effettuati e loro variazioni; Interventi di terapia medica e diagnostica Eventi significativi accaduti o in relazione con l'assistito degni di nota per l'assistenza

Tuttavia, l'ancora limitata informatizzazione dei servizi e la non esistenza di standard per l'archiviazione e la trasmissione dei dati fanno ritenere ancora prematuro l'impiego sistematico della tecnologia dell'informazione in tale settore (Zanotti, 1996) per la sostituzione totale delle informazioni scritte e consultate nella modalità tradizionale. Di conseguenza, diventa ancora necessario identificare un "dossier" cartaceo per ogni soggetto assistito ad uso non esclusivo dell'infermiere, coerente e integrabile con la cartella clinica medica, meglio se "unificato" in uno strumento unico ad uso comune. L'uso sistematico di tale dossier soddisferebbe anche l'esigenza di costituire una registrazione storica dell'assistenza prodotta e dei risultati ottenuti, utile per il

miglioramento degli operatori e per analisi statistiche periodiche di controllo e comparazione per lo sviluppo delle qualità.

In tale dossier vanno sicuramente previste le seguenti tipologie di dati:

1. Personali: anagrafe e profilo sociale.
2. Stato funzionale-cognitivo, di salute e competenza terapeutica del soggetto e famiglia.
3. Di approfondimento (se necessario) di dimensioni fisiche, fisiologiche o cognitive collegabili all'assistenza rispetto alle quali compaiano segni di alterazione
4. Di sintesi e di profilo di bisogno utili per derivare il tipo e il livello di assistenza
5. Modifiche ottenibili nelle funzionalità, cognizione e competenza del soggetto
6. Interventi da erogare con tempi e frequenza necessaria
6. Eventi e indicazioni estemporanee significative (diario)
7. Effetti ottenuti degli interventi
8. Consuntivo del confronto tra inizio e fine assistenza
9. Indicazioni derivate dal caso assistenziale per casi futuri simili

Un sistema informativo affidabile deve necessariamente collegarsi all'esistente e alla cultura di uso delle informazioni posseduta dagli operatori dell'unità operativa (Callanan & Hughes, 1995).

Il modello prevede infatti una modalità di trasformazione progressiva nel breve periodo tramite analisi dei fabbisogni informativi, standardizzazione dei contenuti, ottimizzazione dei supporti e dei canali con l'obiettivo finale di disporre di un collegamento interprofessionale che non necessiti del ricorso alla memoria dei soggetti e quindi alla presenza fisica degli stessi a contorno di altre attività cliniche (vedi ad esempio la funzione dell'infermiere in visita medica). Inoltre, l'ottimizzazione dei supporti dovrebbe costituire la condizione per sviluppare l'efficienza del processo informativo con una diminuzione attesa dei tempi dedicati (vedi l'impegno in scrittura e trasmissione di consegne). L'aumento dell'ambito decisionale, richiesto dallo spostamento dell'infermiere su attività a maggior impegno valutativo e discriminativo, va quindi necessariamente supportato da un adeguato sistema informativo che si interfaccia con l'operatore in vari momenti e modalità strumentali, di cui le principali sono presentate nella figura I. 2.

Figura I.2 Tipologia di strumenti informativi necessari per un sistema informativo a sostegno dell'assistenza

SISTEMA INFORMATIVO A SOSTEGNO DELLA ASSISTENZA	
QUESITI/NECESSITÀ INFORMATIVE	STRUMENTO DI RACCOLTA DEI DATI
Quali disagi vivono paziente/famigliari all'ingresso?	Scheda informativa di ingresso per il paziente
Alcuni disagi possono essere ridotti fornendo informazioni?	Lista di controllo per l'accertamento e qualificazione della dipendenza/carico per assistenza
Il paziente necessita di aiuto/supporto? Quanta assistenza richiede?	
Come vanno attuati gli interventi rari/frequenti/ alternativi? Come standardizzare la procedura perché vi sia omogeneità di comportamento?	Interventi: - scheda di protocollo - scheda di procedura
Il risultato ottenuto corrisponde a quanto previsto? Fino a che punto ed in che cosa si discosta?	Scheda di verifica dei risultati per tipologia di obiettivo
Qual è il carico di lavoro nel reparto? Quali pazienti sono prioritari?	Scheda di stato di dipendenza dei pazienti nella unità operativa
Che cosa va fatto e quando? Che cosa è stato fatto e quando? Che cosa non è stato fatto e perché?	Scheda di programma per interventi di assistenza e monitoraggio attività
Vi sono fatti da registrare? Note da segnalare? Come sembra procedere il caso?	Diario clinico
Quanto si è modificato rispetto all'ingresso? Quali aspetti hanno ottenuto maggiore beneficio? Quali aspetti non sono migliorati? Quali aspetti sono peggiorati?	Scheda di verifica dello stato di uscita/lista di controllo

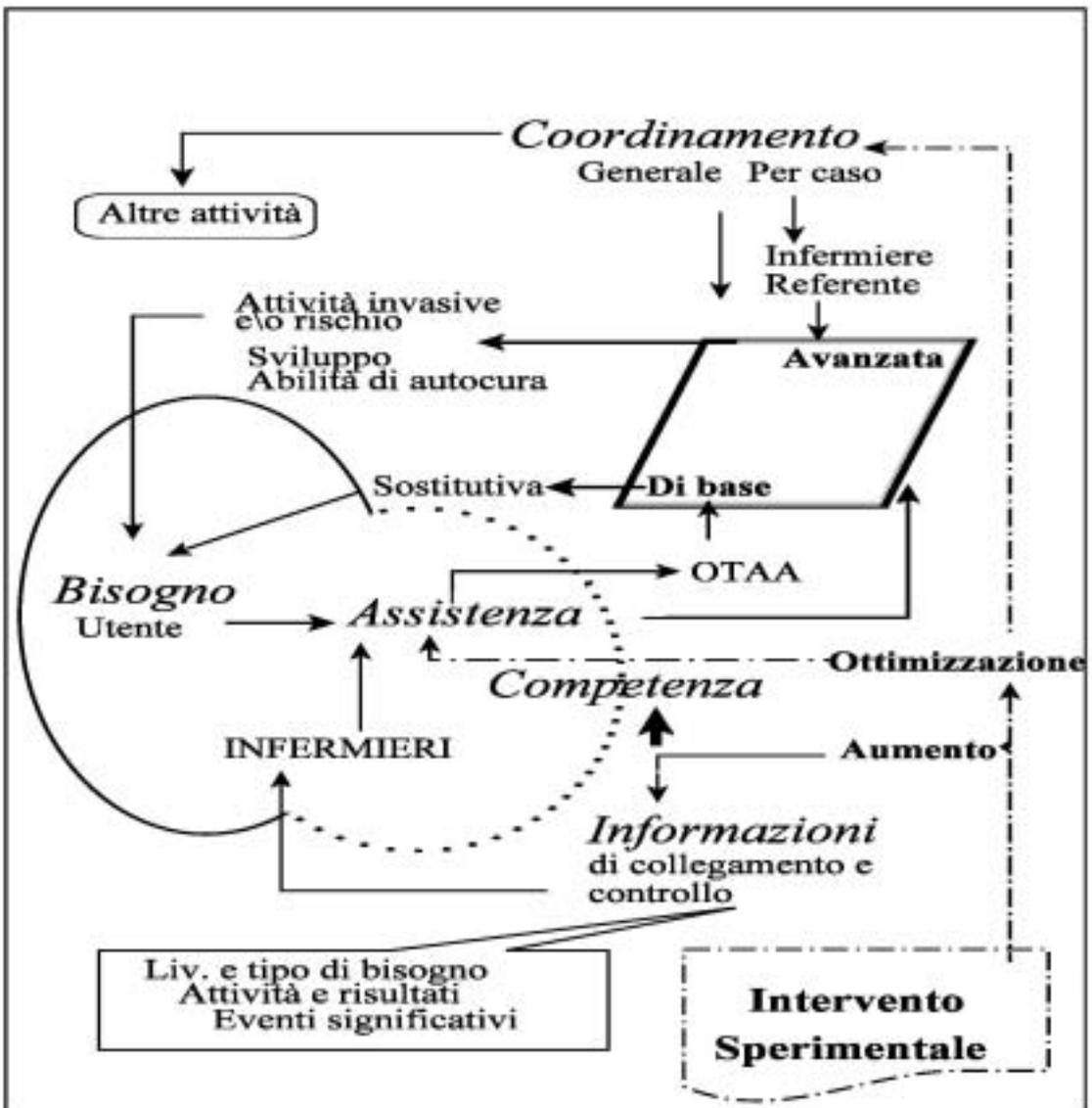
In tale scenario, caratterizzato dalla differenziazione dell'attività assistenziale di base da quella professionale avanzata verrebbero concretamente a determinarsi tre elementi di novità:

- a) il *coordinamento infermieristico* per casi in assistenza avanzata per la gestione delle risorse professionali non infermieristiche;
- b) l'identificazione di un infermiere "*referente*" coordinatore dell'assistenza con responsabilità sulla qualità specifica dell'assistenza offerta e sui risultati finali della stessa;

c) la produzione di risultati dell'assistenza verificabili in modo indipendente dai risultati dell'attività medica. Tradizionalmente, la responsabilità dei risultati è assunta in toto dal medico anche perché l'assistenza infermieristica non persegue risultati in qualche modo descritti e valutabili in modo indipendente.

La trasformazione dell'assistenza tradizionale verso la forma organizzativo-professionale del nursing avanzato rende possibile lo sviluppo di una dimensione decisionale infermieristica nel trattamento clinico con applicazione sistematica dell'evidence

Figura I.3 Modello complessivo dell'organizzazione con relazioni tra ruoli operativi e funzioni. L'intervento sperimentale ha riguardato la tipologia di interventi assistenziali, l'ottimizzazione nella attribuzione ai ruoli, l'aumento del supporto informativo.



based nursing e la conseguente differenziazione delle competenze a livello specialistico in coerenza con nuovi livelli formativi professionali prevedibili con la formazione complementare e la laurea specialistica.

Il modello di riorganizzazione dell'assistenza qui introdotto verrebbe quindi a costituire la condizione organizzativa e professionale per: a) l'ottimale impiego della risorsa infermiere rispetto al bisogno di assistenza e la gestione dell'unità; b) migliorare il livello di qualità complessiva dell'assistenza in ospedale (e in ambiti non ospedalieri).

L'assistenza secondo il modello proposto non richiede che le attività siano fatte da infermieri ma piuttosto che vi siano infermieri sufficienti per attività di nursing avanzato e che il carico e le responsabilità per i pazienti assistiti vengano distribuiti in modo adeguato anche al personale tecnico di supporto. Va fatta una distinzione tra responsabilità di compito e responsabilità di risultato sul caso in assistenza (Bowers, 1989). I componenti del gruppo infermieristico vanno considerati responsabili dei compiti prodotti ma non responsabili del risultato per il caso assistito poiché di questo deve rispondere l'infermiere di riferimento, altrimenti verrebbe a mancare l'elemento a cui si aggancia la responsabilità del processo assistenziale.

Condizioni per l'applicazione del modello

La messa in atto del "nursing avanzato" rappresentando questo una rottura con la tradizione - richiede la progettazione di interventi formativi di adeguamento della cultura professionale disponibile nelle unità operative. L'intervento di innalzamento della professionalità esistente può essere realizzato con un mix di apporto esterno e di training in service, supportato dalla adozione progressiva della forma organizzativa dell'assistenza che supera la differenziazione per compiti e discrimina la responsabilità di risultato da tecnico (rispetto al compito) ad assistenziale (complessivo sul caso).

L'applicazione dei criteri di collegamento "complessità teorica-responsabilità professionale nel compito" rende possibile classificare le tipologie di attività esistenti per opportunità di attribuzione diretta ad un ruolo professionale. Dal punto di vista del modello interpretativo, l'importanza è assegnata ai criteri e non al contenuto del compito che rimane variabile in rapporto all'evoluzione dei sistemi socio-tecnici.

Condizioni necessarie per la fattibilità

- 1 Revisione critica delle prassi tradizionali a maggior impegno di risorse
- 2 Formazione metodologica e di nursing clinico avanzato per l'infermiere
- 3 Definizione di modalità organizzative specifiche nell'unità operativa per l'applicazione del modello
- 4 Messa a disposizione di un adeguato sistema informativo con supporto all'uso
- 5 Sistema adeguato di supporto e monitoraggio

Classi delle attività infermieristiche di “Assistenza Avanzata” e “di Base”

Nelle tabelle che seguono sono sinteticamente descritte le attività collocate nelle due classi di assistenza. La definizione della natura dell'attività, descritta nella colonna “elementi definenti” permette di interpretare e quindi collocare una specifica attività senza necessità di produrre lunghi elenchi che, per quanto possano essere esauritivi, sarebbero comunque non sufficienti.

Tabella I.3 Contenuto, in attività, della classe “assistenza avanzata”. Le attività sono descritte per “elementi definenti” (identificano gli attributi comuni ed esclusivi della classe e fungono da criterio di inclusione) in modo da comprenderne l'intera tipologia

Attività incluse nella classe “ASSISTENZA AVANZATA”	
Attività	Elementi definenti
Attività educativa e preparatoria del paziente	Attività che comprende tutti gli interventi rivolti allo sviluppo di competenza e/o abilità di autocura; sono da includere nella classe anche gli interventi rivolti alla preparazione all'intervento chirurgico o invasivo, alla diagnosi infausta, all'autoterapia e all'autocontrollo della sintomatologia. Caratteristica comune degli interventi educativi è la valutazione del caso, la scelta dell'approccio educativo-relazionale, la programmazione degli stessi (anche se di breve durata) per il perseguimento di un risultato di cambiamento dell'assistito. Non vanno inclusi gli interventi estemporanei, occasionali e privi di una chiara finalità educativa, basati su semplice intervento informativo e di generico supporto emotivo. Tali interventi sono di norma non verificabili negli effetti e non programmabili in quanto non costituiscono l'attività professionale principale ma l'atteggiamento relazionale di aiuto correlato ad altra attività.
Raccolta campioni con invasività	Raccolta di materiale biologico per successive analisi utilizzando manovre invasive di tessuti o cavità naturali dell'assistito. Non la natura dell'esame ma i criteri di invasività e rischio determinano l'inclusione del compito nella classe
Posizionamento sonde e cateteri	Messa a dimora di sonde o cateteri, permanenti o temporanei, a scopo terapeutico o di indagine. L'invasività costituisce il criterio di inclusione da correlare al criterio del rischio. Va considerata la possibilità di escludere dalla classe l'inserimento di sonde rettali qualora coesista basso rischio data la scarsa invasività della manovra (naturalità della via di comunicazione)
Verifica dello stato fisico, capacità e funzionalità dell'assistito	Attività di valutazione che implica il recupero e l'applicazione di schemi e modelli interpretativi in rapporto al soggetto e al contesto clinico. L'attività si caratterizza per la componente critico-valutativa e la produzione di un giudizio (anche non formalizzato) clinico che influisce sulle scelte successive di assistenza. In tale attività rientra anche la verifica del post-operato, la verifica di ingresso del nuovo paziente e la verifica pre-dimissione.
Somministrazione farmaci, sostanze medicamentose	Attività in parte vincolata da norme giuridiche per l'attribuzione alla figura professionale. I criteri di inclusione del compito nella classe sono quelli della invasività (somministrazione in tessuti, vasi e cavità) e del rischio (effetto del farmaco/sostanza sull'assistito).
Intervento terapeutico-assistenziale	Attività caratterizzata dalla applicazione di stimoli fisici, sensoriali o di altra natura al fine di determinare un effetto migliorativo dello stato, delle capacità o della funzionalità dell'assistito. Tali interventi dispongono di qualche evidenza scientifico-empirica a sostegno, di una procedura di attuazione, di una programmazione documentabile degli stessi nell'insieme del percorso assistenziale. Non vanno inseriti in tale classe gli interventi che non offrono elementi sufficienti per a) giustificare l'attuazione e b) verificare gli effetti.

Tabella I.4 Classe dell'assistenza di base

Attività incluse nella classe "ASSISTENZA DI BASE"	
Attività	Elementi definenti
Accompagnamento del paziente	Il soggetto non presenta condizioni di instabilità funzionale/cognitiva tale da richiedere all'accompagnatore competenza in interventi di supporto vitale o controllo comportamentale
Supporto ad attività del medico con assistenza diretta	Attività di supporto consistente in assistenza per l'uso di attrezzatura/strumenti clinici su diretta indicazione del medico utilizzatore. L'assistenza è rivolta a colui che effettua l'intervento. La complessità tecnologica, la durata dell'intervento tecnico e la complessità del caso non modificano la classe di appartenenza quando il compito non risenta della variabilità dell'assistito ma sia determinato dalle indicazioni dirette del medico.
Attività informativa per l'utente e altri	Attività che comporta l'offerta di informazioni e istruzioni riferite a procedure o prassi definite. L'effettuazione dell'attività comporta anche il possibile uso di supporti informativi scritti, audiovisivi eccetera
Attività preparatoria dell'utente per indagini/intervento (fisica diretta, non informativa)	Attività rivolta alla messa in atto delle condizioni previste da una procedura per quanto riguarda il posizionamento, la pulizia, tricotomia, le informazioni tecniche e quanto altro sia necessario. L'attività potrebbe anche svilupparsi con complessità procedurale ma rimanere comunque riferita a precise norme di azione e sequenza in base ai protocolli di riferimento. Non fanno parte di tale attività gli interventi educativi per l'autogestione dell'ansia e di preparazione emotiva all'intervento chirurgico/indagine esplorativa o di autocontrollo della sintomatologia. Vanno inoltre escluse da tale classe - in base ai criteri dell'invasività e del rischio - le azioni che comportano introduzione di sonde, aghi o cateteri, la valutazione dello stato e dei tessuti, la somministrazione di farmaci in vasi e tessuti pur se previste all'interno della procedura adottata.
Controllo parametri di funzionalità (con raccolta dati e registrazione)	Attività di controllo che consiste nella raccolta e registrazione di dati tramite rilevazione dirette, con apparecchiatura elettrica e/o elettronica. Appartengono a questa classe tutte le attività che comportano la rilevazione di un dato senza invasività e responsabilità interpretativa dello stesso. Vanno inoltre escluse dalla classe quelle attività in cui la modalità di rilevazione sia sottoposta o derivi da valutazioni in itinere quali condizioni per la validità del dato stesso.
Impacchi e bendaggi	Attività vincolate a procedure/protocolli con uso di materiali per applicazioni topiche in situazioni caratterizzate da lievi alterazioni (basso rischio dovuto all'intervento). L'esercizio ottimale dell'attività richiede addestramento ed esercitazioni pratiche ma non capacità valutativa dello stato dell'assistito.
Supporto ad attività medica con preparazione del necessario	Attività consistente nella preparazione di attrezzi/apparecchi, messe a punto e organizzazione degli stessi per l'uso clinico. In tale attività rientrano tutti i compiti di preparazione ceselli e materiale per interventi chirurgici, diagnostico esplorativi, terapeutici e di supporto vitale operati o utilizzati direttamente dal medico o altro operatore specialista del campo clinico.
Preparazione salma	Attività finalizzata alla preparazione della salma secondo norme e procedure di riferimento.
Raccolta campioni biologici (senza invasività)	Attività di raccolta campioni biologici per successive indagini di laboratorio. La raccolta può essere effettuata con vari metodi e attrezzature ma non comporta invasività nell'organismo dell'assistito.
Sostituzione-sostegno di funzioni dell'assistito (senza uso di strumenti) anche su richiesta	Attività di assistenza diretta mediante sostegno o sostituzione di un comportamento dell'assistito. Tale attività persegue il fine della messa in atto del comportamento stesso o la sua sostituzione da parte dell'assistente e non lo sviluppo di competenza o abilità dell'assistito. Le attività di posizionamento, spostamento, sostegno alla deambulazione, pulizia diretta, imboccare, somministrare nutrimento tramite sonda eccetera, rientrano in tale classe

Come tutte le classificazioni, anche quella proposta è una suddivisione che potrebbe risultare non unanimamente condivisa; tuttavia deriva direttamente dalla concettualità prima discussa e dai criteri già illustrati e di cui sono stati forniti ampi particolari per permetterne la valutazione critica.

La classificazione possiede coerenza interna perché logicamente derivata dal modello assunto e possiede adeguata capacità inclusiva per comprendere anche variazioni possibili nel sistema dei ruoli professionali sanitari. L'applicazione della classificazione alle attività effettivamente svolte nelle unità operative rende possibile la valutazione quali-quantitativa dell'impiego reale dell'infermiere nei processi assistenziali e gestionali ai fini della successiva revisione dei tempi e delle attività con l'inserimento di altre figure.

Figura I. 4 Sintesi dei criteri usati ai fini della classificazione delle attività assistenziali e di gestione dell'unità operativa

**CRITERI GENERALI PER DISCRIMINARE TRA
ASSISTENZA DI BASE E AVANZATA**

1. ESISTENZA DELLA NORMA (vincolante)

2. LIVELLO DI RISCHIO: Effetti del compito sull'assistito
(Maggiore la variabilità di effetto maggiore il rischio)

Esempio, "accompagnamento del paziente ad altri servizi" nel caso di un soggetto a rischio elevato diventa attività "avanzata" e dovrebbe allora essere descritta come "accompagnamento di paziente a rischio ad altri servizi". In effetti la natura del compito è diversa perché implica un controllo in itinere dello stato e la capacità di intervento se la condizione diventa critica

3. LIVELLO VALUTATIVO: Attività valutativa necessaria per l'effettuazione ottimale del compito

- a. dello stato del soggetto
- b. della situazione
- c. del contesto

L'apporto della componente valutativa discrimina anche la classe "Attività di programmazione organizzativa" dalla "Attività di supporto gestionale".

Le attività effettivamente\mediamente prodotte nelle unità operative sono descritte nella tabella I. 4 classificate in coerenza con i criteri-guida già discussi. Rimane valido il principio che la valutazione del rischio è solo in parte associabile al compito in quanto lo stato di salute del paziente può costituire il principale determinante dello stesso. La rilevazione fatta delle attività si basa sulla dichiarazione dei coordinatori e degli infermieri delle unità, con follow-up di verifica degli scostamenti nei tempi e delle genericità descrittive per le attività. La classificazione, se confrontata con la situazione di realtà operativa di assistenza, vede la differenza più significativa nell'ambito della componente "avanzata" dell'assistenza, come ben evidenziato se si confronta la tabella 1.5 con la tabella 1.3.

Tabella I.5 Attività dichiarate dalle unità operative. Si noti come non compaiano quelle a maggior impegno di cultura professionale - quale il trattamento non farmacologico per la gestione della sintomatologia e lo sviluppo di abilità nell'assistenza avanzata.

ATTIVITÀ ALBERGHIERA
Preparazione bevande/vitto Distribuzione vitto Rifacimento letti liberi Pulizia unità paziente alla dimissione
ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DI BASE
Assistenza durante toracentesi/ paracentesi/artrocentesi ed esplorazioni in genere Assistenza diretta durante visita medica Controllo quantità diuresi delle 24 ore Controllo peso corporeo Controllo della temperatura corporea Controllo glicemia/glicosuria con stick Controllo della pressione arteriosa Posizionamento borse di ghiaccio/acqua calda Applicazione impacchi caldo-umidi Somministrazione topica (pomate/unguenti) Preparazione materiale per punture esplorative Somministrazione cibo per via enterale attraverso sonda Pulizia dell'area genitale, rifacimento letti occupati Pulizia/cambio contro-cannula tracheostomica Pulizia del cavo orale Posizionamento/preparazione paziente per vitto Aiuto ai pazienti nell'alimentazione Aiuto ad assumere la terapia Posizionamento pazienti Pulizia totale del paziente a letto, cambio biancheria al paziente Consegna di materiale per la pulizia personale, aiuto a vestirsi/svestirsi Passaggio del paziente letto-sedia a rotelle/sedia e viceversa
ATTIVITÀ ASSISTENZIALE AVANZATA
Educazione del paziente alla gestione della terapia Educazione famigliari pre-dimissione Prelievi vari (colturali) Prelievi ematici Posizionamento sonde e cateteri Somministrazione clisteri Somministrazione aerosol Somministrazione della terapia orale Somministrazione con fleboclisi Somministrazione terapia endovenosa Somministrazione terapia intramuscolare Somministrazione terapia sottocutanea

ATTIVITÀ' DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZATIVA
Assegnazione di attività al personale di assistenza
ATTIVITÀ' DI SUPPORTO GESTIONALE
Preparazione modulistica/ dimissione/trasferimento paziente Controllo della quantità dei cibi assunti Compilazione schede vitto Compilazione del movimento giornaliero pazienti Compilazione moduli di richiesta biancheria. Controllo documenti del paziente per esami diagnostici Ricerca/raccolta/riordino documentazione clinica Suddivisione/distribuzione/riordino referti medici Preparazione provette e richieste per esami Compilazione del moduli richiesta di farmaci Controllo/trascrizione /aggiornamento schede di terapia Carico/scarico stupefacenti. Controllo scadenze farmaci/presidi. Controllo del materiale pervenuto Preparazione / riordino / controllo cestelli garze/ cotone Smaltimento biancheria sporca Riordino/pulizia armadi Controllo sterilizzazione e riordino materiale sterile Riordino/pulizia carrello medicazioni e bendaggi Preparazione carrello biancheria Riordino farmaci d'uso in armadi Riordino carrello terapia orale e IM Riordino deposito materiale e vuotatoio Svuoto vasi-sacchetti urine Riordino unità paziente (comodino, letto, armadio) Preparazione terapia intramuscolare Preparazione terapia sottocutanea Preparazione terapia orale Preparazione terapia endovenosa Preparazione terapia insulinica Preparazione borse di ghiaccio/acqua calda Preparazione impacchi caldo-umidi. Discussione di cambio turno sulle note di consegna
ATTIVITÀ' DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
Insegnamento clinico a studenti tirocinanti

I criteri principali della classificazione proposta sono quindi risultati applicabili per la classificazione delle attività reali. Data la loro importanza sono ulteriormente citati di seguito:

1. **La variabilità degli effetti del compito** che determina o contribuisce a determinare il livello di rischio per l'assistito costituisce il criterio generale per discriminare la classe "assistenza di base" da quella "avanzata".
All'assistenza avanzata appartengono le azioni "fisicamente invasive" in quanto queste possiedono maggiore potenzialità di rischio per l'azione in sé (indipendentemente dal fine per cui è posta in essere) rispetto a quelle "non invasive".
2. La **variabilità dello stato vitale dell'assistito** (soggetto con instabilità/a rischio) può determinare lo spostamento dell'attività ad una classe superiore. Ad esempio, "accompagnamento del paziente ad altri servizi" nel caso di un soggetto a rischio elevato diventa attività "avanzata" e dovrebbe allora essere descritta come "accompagnamento di paziente a rischio ad altri servizi".
3. **Il contenuto in attività valutativa:** l'attività di supporto gestionale è trasversale ai vari ruoli professionali per cui l'associazione con un ruolo è resa possibile valutando l'apporto di attività valutativa e di verifica necessaria per l'effettuazione ottimale del compito.

L'apporto della componente valutativa discrimina anche la classe attività di supporto gestionale "con verifica" dalla attività di supporto gestionale "con riordino".

Va notato che l'attività "somministrazione di farmaco/altra sostanza" appartiene

alla classe dell'assistenza avanzata solo se contempla invasività o è vincolata dalla norma giuridica. Va infatti distinta la tipologia di somministrazione per presenza di invasività o meno in quanto questa comporta un diverso grado di rischio indipendentemente da cosa viene somministrato. Il rischio dovuto all'effetto della sostanza somministrata è una valutazione ulteriore trasversale alle tipologie di somministrazione e implica responsabilità differenziate tra prescrittore e somministratore.

<p>CRITERI GENERALI DISCRIMINATORI TRA ASSISTENZA DI BASE E AVANZATA</p>
<p>1. ESISTENZA DELLA NORMA <i>(vincolante)</i></p> <p>2. LIVELLO DI RISCHIO: <i>Effetti del compito sull'assistito</i> (Maggiore la variabilità di effetto maggiore il rischio)</p> <p>3. LIVELLO VALUTATIVO: <i>Attività valutativa necessaria per l'effettuazione ottimale del compito</i></p> <p style="margin-left: 20px;">a. dello stato del soggetto</p> <p style="margin-left: 20px;">b. della situazione</p> <p style="margin-left: 20px;">c. del contesto</p>

Il sistema di classificazione adottato, oltre che costituire uno strumento operativo, aiuta ad introdurre nella cultura dell'assistenza italiana alcuni principi fondamentali quali:

- A. Il **know-how** necessario per la gestione del compito e non la complessità tecnica definisce il livello di requisito necessario da collegare ad un ruolo professionale.
- B. la **"responsabilità professionale"** va collegata al rischio derivante dagli effetti dell'azione e non ad un generico potere/autonomia nei confronti dell'attività medesima, se non espressamente previsto dalla norma, per quanto tecnicamente complessa tale attività possa sembrare.

- C. la **responsabilità di programmazione assistenziale**, con le relative scelte di strategia di intervento e impegno di risorse va differenziata da quella diretta di "erogazione" delle attività stesse. Ne consegue che un operatore può essere responsabile dell'assistenza per il paziente senza essere direttamente impegnato nell'attuazione della stessa e viceversa.
- D. L'esistenza di un programma assistenziale mirato ad un paziente richiede l'identificazione di un **"infermiere di riferimento"** che sia garante dell'effettiva implementazione e della bontà dello stesso, in primis per il paziente e poi per l'organizzazione.
- E. **Non tutti i pazienti necessitano di nursing** professionale in quanto il nursing professionale richiede attività avanzate di assistenza che perseguono il cambiamento nelle capacità dell'assistito. Non tutti i pazienti necessitano (o presentano il bisogno e le potenzialità) di modificare il loro profilo di capacità. Inoltre la scarsa disponibilità delle risorse professionali e il livello ancora diffuso ed elevato di spreco nell'impiego della stessa richiede una revisione profonda della tradizionale filosofia organizzativa dell'assistenza per un uso più appropriato dell'infermiere coerente con una maggiore razionalità organizzativa. Tuttavia, la razionalità organizzativa necessita per essere operativa di una visione condivisa di "sistema" in tutti i diversi soggetti che partecipano alle scelte e agli interventi. Tale visione condivisa può essere favorita dalla messa a disposizione di dati e di modelli migliorativi, verificabili nella loro efficacia, del sistema operativo stesso.

Interventi correttivi dell'esistente per l'applicazione del modello nelle unità operative di ospedale

L'approccio proposto considera la quota-tempo infermiere trasferibile all'OTAA/OSS solo una variabile della più complessiva trasformazione da attuarsi nel sottosistema che produce assistenza. Tale approccio mira a conciliare l'uso ottimale della risorsa professionale con il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata grazie alla messa in atto di interventi correttivi e di razionalizzazione nell'impiego di risorsa professionale per l'assistenza.

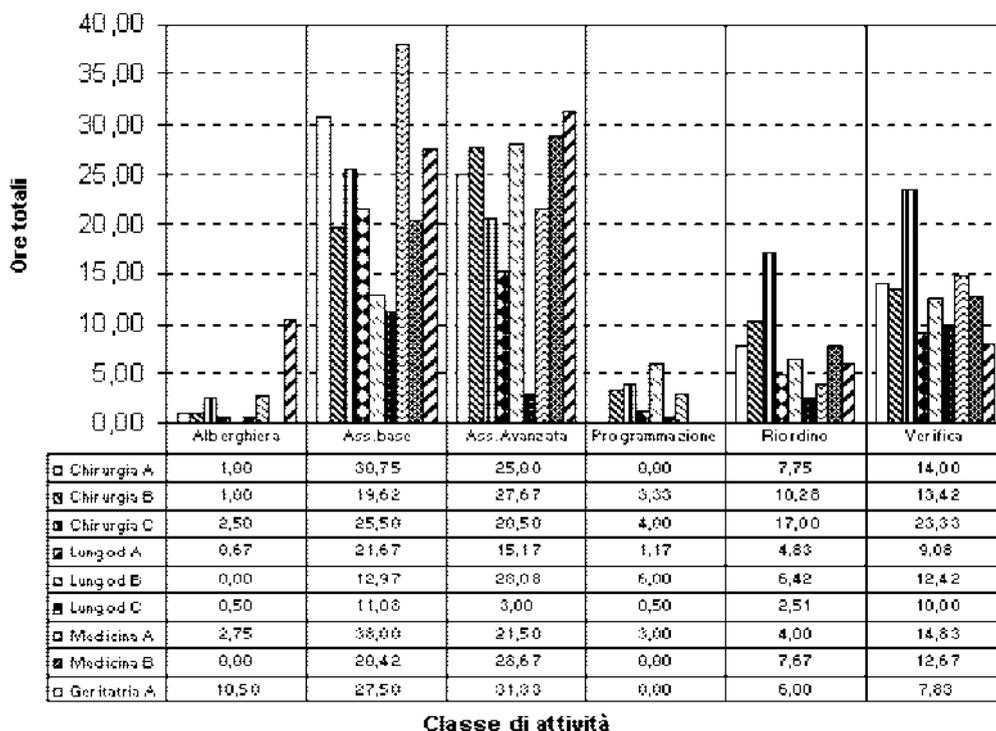
Gli interventi correttivi per l'applicazione del nuovo approccio nell'organizzazione esistente dell'assistenza, possono essere suddivisi in quattro tipologie che corrispondono anche alle quattro strategie principali di intervento per il cambiamento:

1. Riduzione della medicalizzazione impropria di aree di bisogno afferente al nursing dove l'intervento prioritario sia di natura educativa - addestrativa di abilità del paziente o del suo caregiver all'autocura
2. Riduzione delle attività ancillari al medico che impegnano tempo-infermiere e giustificabili solo sulla base di tradizione organizzativa locale
3. Razionalizzazione del sistema informativo per il governo dell'assistenza che porti alla maggior efficienza nell'uso del tempo e al miglioramento dell'efficacia informativa intra e inter-professionale

- Supporto allo sviluppo di maggiore competenza professionale dell'infermiere per la messa in atto di interventi assistenziali educativo-riabilitativi all'autocura - avanzati rispetto alla tradizionale assistenza infermieristica - più coerenti con l'ambito della responsabilità connessa al ruolo e al bisogno rilevato nell'utenza.

La messa in prova di tali strategie non persegue quindi il massimo potenziale di trasferibilità del tempo-infermiere ad altri operatori ma primariamente la razionalizzazione e ottimizzazione del rapporto della risorsa professionale con l'impegno assistenziale prevedendo, per questo, anche l'inserimento di nuove attività di nursing avanzato quando queste risultino assenti.

Grafico I.1 Rappresentazione grafica e tabellare della quota-tempo dedicata, prima della sperimentazione, alle varie tipologie di attività nelle unità sperimentali



Quantificazione del tempo-infermiere trasferibile ad altro operatore

In base alle strategie prima elencate diventa possibile prevedere lo spostamento di attività di base all'OTAA/OSS, la riduzione di attività non necessarie e l'inserimento di nuovi strumenti correlati ad una maggiore competenza scientifico-professionale. La comparazione tra il modello di riferimento e lo stato esistente dell'assistenza nelle unità rende possibile anche il calcolo e la valutazione stimata in media del tempo dedicato dall'operatore; tale dato costituisce infatti un riferimento per calcolare anche il numero di operatori minimo e necessario per la produzione ottimale della tipologia di attività nell'unità operativa.

Alla quota-tempo infermiere trasferibile all'OTAA/OSS per natura tecnica del compito vanno sommati anche i tempi derivanti dalla riduzione delle attività a bassa efficienza o non giustificate sul piano clinico-organizzativo, in particolare quando assumono la struttura di routine giornaliera gravante significativamente sull'impegno non assistenziale dell'infermiere e tale da prevenirne l'impiego per attività professionali avanzate coerenti con il bisogno dell'utenza. (Green & Conway-Welch, 1995). Tra queste si segnalano per bassa efficienza produttiva e dubbia utilità di impiego delle risorse professionali, da cui consegue chiaramente una elevata potenzialità di recupero della quota-tempo ad esse assegnata:

Obiettivi da perseguire

- > Ridurre le attività non necessarie
- > Ottimizzare i percorsi organizzativi
- > Migliorare l'assistenza al malato
- > Aumentare la responsabilità e la competenza clinica dell'infermiere
- > Inserire con l'OTAA una maggiore differenziazione di profili e competenze
- > Ridurre il fabbisogno di infermieri migliorando l'assistenza

1. *Assistenza alla visita medica* - Quando l'assistenza consista in attività di segretariato (registrazioni di dati e consegne), supporto fisico (posizionamento del paziente per esame obiettivo), offerta di informazioni sul pregresso o in itinere senza una partecipazione attiva in termini di contributo al processo decisionale o di coordinamento di processo assistenziale sul caso. Il recupero della quota-tempo (ore/giorno) diventa maggiormente significativa per le unità di medicina.
2. *Preparazione e somministrazione delle varie terapie* - Quando l'attività consista in mera attività di distribuzione di farmaci, senza valutazione e coinvolgimento, educazione e verifica dell'assistito. Non vengono qui compresi i farmaci da somministrare con invasività o che richiedono valutazione dello stato ad ogni singola somministrazione. La potenzialità di recupero (ore/giorno) va collegata anche al miglioramento di offerta assistenziale per il coinvolgimento e l'attivazione degli assistiti.
3. *Controllo parametri vitali* - Quando il controllo corrisponda ad una routinaria rilevazione che non richiede dirette e conseguenti decisioni che misura come routine standard e non come indicatore specifico rispetto ad una instabilità del paziente. La routinarietà della rilevazione è spesso diventata una attività accettata acriticamente sul piano clinico, priva di consapevolezza sul rapporto costo/efficacia informativa della stessa o addirittura del perché questa venga quotidianamente prodotta. Esiste quindi una elevata potenzialità di recupero della quota-tempo (ore/giorno) assegnata all'attività di controllo dei parametri se questa cessa di essere una routine generalizzata e diventa mirata rispetto al fabbisogno informativo reale.

4. *Informazioni e consegne di cambio turno* - Quando lo scambio informativo diventa sostitutivo di una documentazione clinico-assistenziale corrispondente ai soggetti in trattamento e organizzativa in riferimento ad attività di unità operativa. Spesso l'attività consiste in descrizioni verbali dettagliate da parte dell'operatore smontante al subentrante con questo che prende appunti per memorizzare o, come spesso prassi tradizionale, un elenco manoscritto di note su attività o eventi da considerare per il turno successivo che viene descritto e dettagliato verbalmente. Esiste una elevata potenzialità di recupero, in termini di ore/giorno con l'integrazione di un sistema informativo cartaceo o informatizzato che registri gli eventi e il progresso in modo indicizzato per caso, tempo, codice di interpretazione sintetico. In sintesi, il recupero di risorsa-infermiere va considerato possibile da un lato con la riorganizzazione più razionale che porta a ridurre o modificare le attività che consumano molto la risorsa infermiere a fronte di una bassa utilità, dall'altro con l'introduzione dell'operatore OTAA/OSS per l'assistenza di base.

Tali elementi, accompagnati dal supporto formativo per lo spostamento dell'infermiere sul nursing avanzato, possiedono potenzialità sufficiente a determinare lo scenario perseguito con la sperimentazione nel quale l'infermiere non si occupa più di alcune attività di base routinarie perché coinvolto in nuove a maggiore impegno terapeutico-assistenziale.

Alternative di strategia a minor impegno organizzativo e culturale per la riduzione del fabbisogno di infermieri

In considerazione della notevole quota-tempo che occupa l'infermiere in attività assistenziali di base o a basso profilo professionale, il fabbisogno di tale operatore verrebbe significativamente ridotto con la diretta attribuzione di tali attività ad altre figure idoneamente preparate (OTAA, OSS) e più facilmente reperibili. Tale attribuzione non comporta la modifica del profilo di impegno qualitativo dell'infermiere e neppure la razionalizzazione dell'attività tradizionale ma sicuramente riduce il fabbisogno di infermieri nelle strutture operative.

L'impatto di tale strategia, qui definita "minimale" perchè si limita a ridurre il fabbisogno senza indagare il corretto impiego della risorsa professionale, è direttamente attivabile dalle singole aziende sanitarie ed ospedaliere senza necessità di programmare interventi di aggiornamento delle professionalità esistenti e di ristrutturazione organizzativa ed è facilmente quantificabile per quota di infermieri sostituibili rispetto alla dotazione esistente nelle unità operative. Difficile invece calcolare l'impatto sul piano della qualità complessiva della cura e della qualità specifica dell'assistenza non medica offerta dalle unità operative nelle quali venga aumentato il mix professionale senza revisione del processo assistenziale e produttivo generale. In particolare, la riduzione del profilo professionale medio di operatori di assistenza potrebbe anche accompagnarsi ad una

maggior coerenza di aspettative degli stessi rispetto ai compiti quotidiani con benefico effetto sulla motivazione e l'impegno nell'assistenza di base. Tuttavia, la quota significativa di tempo attualmente dedicato ad attività poco giustificabili che sprecano risorse rimarrebbe in quanto la sola sostituzione dell'infermiere con altri operatori comporterebbe il permanere di

Alternative a minimo impegno

Il fabbisogno viene significativamente ridotto con l'attribuzione di attività di assistenza di base - tradizionalmente affidate all'infermiere - ad altre figure appositamente preparate (OTAA, OSS) e più facilmente reperibili

tale spreco con scarse possibilità di aumentare l'efficienza complessiva del sistema. Alla fine il vantaggio a breve si trasformerebbe in uno svantaggio a medio con progressiva erosione dei margini di potenzialità migliorativa interna dei sistemi assistenziali.

Previsione di impatto sul fabbisogno di risorsa professionale

Al fine di quantificare la riduzione potenziale di fabbisogno della risorsa infermieristica derivante dalla messa in atto della strategia "minimale" è stata calcolata la quota-parte di tempo dedicata tradizionalmente dall'infermiere ad attività oggi direttamente trasferibili all'OTAA/OSS.

Il calcolo è stato effettuato considerando due ipotesi:

- a) **Ipotesi massima:** l'intera quota tempo viene trasferita per le attività della tipologia di assistenza alberghiera, di base e di riordino. Nell'ipotesi si è ritenuto interessante prevedere anche il recupero di tempo-infermiere derivante dallo scorporo dell'attività di somministrazione dei farmaci per via orale - classificata come "avanzata"- ma sicuramente trasferibile dall'infermiere all'OSS in base al profilo di tale operatore. La percentuale di tempo-infermiere trasferibile all'OTAA è stata calcolata rapportando il numero di ore lavorative spese dagli infermieri in una giornata di lavoro standard (rilevata in fase di analisi organizzativa) per produrre tali tipologie di attività e quindi dedotta - quale quota trasferibile -dal totale delle ore impegnate dagli infermieri per la produzione dell'intero set produttivo quotidiano.
- b) **Ipotesi minima:** L'assistenza di base viene trasferita all'OTAA per un ammontare pari all'80% del tempo dedicato dall'infermiere a tale attività mentre rimane il trasferimento in toto per quanto riguarda quella alberghiera e gestionale di riordino ambienti e attrezzature. Viene pure escluso il trasferimento della quota-tempo dedicata alla distribuzione dei farmaci da assumere per via orale. La somma dei valori così ottenuti, relativamente alle attività interessate dall'ipotesi minima, dà l'ammontare totale della quota tempo infermiere trasferibile all'OTAA. adottando un criterio conservativo nell'ambito comunque dell'approccio "minimale" o quantitativo.

La quota-tempo trasferibile prevista dall'applicazione dell'approccio minimale, relativamente alle due ipotesi considerate è descritta nella Tabella I. 6 con valori finali arrotondati per eccesso. Dalla Tabella I.6 si evidenzia l'aumento significativo della trasferibilità di tempo-infermiere, notevolmente ampliata rispetto alla precedente analisi del 1993, condotta dal CEREF per la Regione del Veneto che indicava allora in circa 30-35% la trasferibilità media (Rapporti di ricerca CEREF/83).

Tab. I.6 - Percentuale di tempo infermiere trasferibile all'OTAA/OSS nell'approccio minimale, esclusi interventi di sviluppo della qualità: confronto tra ipotesi massima e minima

Unità Operative	% tempo-infermiere trasferibile	
	Ipotesi Massima	Ipotesi Minima
Chirurgia A	54	42
Chirurgia B	43	36
Chirurgia C	50	43
Medicina A	56	44
Medicina B	45	35
Lungodegenza B	39	25
Lungodegenza A	59	43
Lungodegenza C	54	43
Geriatrics A	58	46
Sala operatoria	75	66*
* Esclusa assistenza tecnica di sala operatoria e supporto gestionale (riordino)		

I dati offerti dalla tabella I.6 rappresentano quasi sempre una quota cospicua del totale del tempo-infermiere attualmente impegnato nelle unità e sono stati elaborati allo scopo di offrire una precisa indicazione della potenzialità di recupero di tale tempo con l'inserimento dell'operatore OTAA/OSS nelle attività assistenziali e gestionali di base *senza interventi di reengineering dell'organizzazione assistenziale*. I dati di partenza per i calcoli sono stati forniti dagli operatori delle unità indagate e riferiti alla situazione tradizionale prima dei cambiamenti. Non riflettono quindi modifiche intervenute successivamente a seguito dello studio o per inserimento di operatori OTAA. Per tale motivo sono suggestivi per riflettere sullo stato

generale probabile di impiego tradizionale dell'infermiere nel sistema sanitario almeno regionale.

L'aumento della quota-tempo direttamente spostabile da infermiere a OTAA/OSS nell'ultimo decennio è da attribuirsi principalmente all'effetto concomitante di tre fattori:

1. L'allargamento delle attività attribuibili all'OTAA e ancor più all'OSS
2. L'evoluzione della normativa che regola le professioni sanitarie, in particolare il rapporto infermiere-attività tecniche, che risulta oggi meno rigida e vincolante
3. La più generale evoluzione culturale del settore che attribuisce un diverso peso relativo alle attività tradizionali tecniche e di assistenza di base con effetti positivi sull'atteggiamento di ruolo degli operatori stessi, in particolare dell'infermiere.

Limiti della strategia minimale

I limiti di tale strategia si possono identificare soprattutto nel perseguire la riduzione del fabbisogno dell'infermiere senza alcuna revisione della qualità dell'assistenza. Non viene preso in considerazione la mancanza di attività sistematiche di offerta educativo-riabilitativa all'autocura del degente o assistente informale, di coinvolgimento del familiare e di collegamento assistenziale tra ospedale e domicilio, tutti elementi suscettibili di incidere positivamente sul bisogno e la richiesta di assistenza. La riduzione di infermieri nell'assistenza clinica porterebbe probabilmente alla riduzione delle potenzialità di inserimento sistematico di tali aspetti nella prassi assistenziale. Va anche previsto, nei limiti di tale strategia, il rischio che l'infermiere venga relegato ancora di più in un ruolo ancillare al medico o di tecnico medico in virtù della sua abilitazione ad alcune procedure terapeutico-invasive (principalmente prelievo ematico, somministrazioni EV e cateterismi) con ulteriore differenziazione tra impegno tecnico di supporto ad altri e proprio contributo specifico per il miglioramento della salute del paziente; risultato questo che aumenterebbe il livello di costo (Zanotti, et al. 1998) dell'infermiere in rapporto al beneficio per l'assistenza al paziente e quindi, in definitiva, lo spreco di risorsa professionale rispetto al reale bisogno di intervento.

Strategia qualitativa (sperimentale)

La strategia qualitativa corrisponde a quella sperimentata nello studio ed assume il nome dal focus posto sulla trasformazione della qualità complessiva dell'assistenza prodotta nell'unità. In tale strategia, il calcolo della quota-tempo infermiere assegnabile all'OTAA/OSS deriva dai criteri di trasferimento dettati dal modello assunto e quindi identificano l'impatto del modello stesso sul fabbisogno di risorsa inclusa la derivazione della quota trasferibile ad altro operatore.

Criteri applicativi del modello: L'applicazione standardizzata del modello al contesto rilevato con l'analisi organizzativa e professionale ha richiesto la definizione e l'uso standardizzato di regole di cambiamento per identificare, attuare e valutare lo scenario di cambiamento perseguibile.

I criteri fondamentali di revisione del tempo-risorsa sono elencati in riferimento alla tipologia di attività da ridistribuire:

- a) **attività alberghiera:** trasferimento completo all'OTAA
- b) **attività gestionale di riordino:** quota-tempo invariata e trasferimento completo all'OTAA.
- c) **assistenza di base:** ipotesi di riduzione del 10% del tempo-totale per miglioramento dell'efficienza complessiva. Del rimanente, fatto pari a 100, una quota parte dell'80% va all'OTAA e il rimanente 20% all'infermiere quale previsione di impegno per casi a rischio.
- d) **assistenza avanzata:** aumento del 10% sull'esistente per inserimento di nuove attività a valore terapeutico-riabilitativo. Il totale, fatto pari a 100, va attribuito per il 90% all'infermiere e il 10% all'OTAA/OSS (elementi riferibili ad attività distributiva o somministrativa di farmaci prescritti e rilevazioni di parametri).
- e) **programmazione dell'assistenza:** attribuzione di una quota-tempo pari al 20% delle ore previste per l'assistenza avanzata.
- f) **supporto gestionale con verifica:** assegnazione della quota-tempo risultante dalla sottrazione delle categorie precedenti dal totale
- g) **quota totale-tempo:** invariato il monte-ore totale di tempo dedicato da infermieri ed OTAA, per il criterio dell'invarianza della risorsa umana complessiva (o di razionalizzazione del fabbisogno)

La previsione di impatto nelle singole unità operative è analiticamente descritta nelle Tabelle da I.7 a I.16 che seguono. I dati riportati in tali tabelle (numero ore di lavoro giornaliero svolte dagli infermieri e dagli OTAA) si riferiscono a:

- a) situazione iniziale del tempo dedicato in ore alle varie tipologie di attività dall'infermiere e dall'OTAA (se presente) come verificata con l'analisi organizzativo-professionale in fase pre-sperimentale;
- b) Il calcolo del peso dell'attività - per ore dedicate - sul totale del tempo consumato nella unità nelle 24 ore ed espresso in percentuale;
- c) situazione prevista secondo il modello assunto;
- d) nuovo peso assunto di conseguenza dall'attività;
- e) dettaglio degli scostamenti per figura ed attività in base alla proiezione del modello sull'esistente. Dai dati sullo scostamento appare evidente, anche in tale approccio, la trasferibilità di una quota parte significativa di tempo dall'infermiere all'OTAA.

TAB I.7 Chirurgia A: Chirurgia tradizionale di grande ospedale. Gli infermieri sono tradizionalmente distribuiti in tutte le attività. La proiezione evidenzia come l'inserimento dell'OTAA porti a focalizzare l'infermiere sull'assistenza e alla programmazione della stessa. Viene previsto un risparmio di tempo significativo con la riduzione di attività tradizionali

	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE		%	IP	OTAA		TOTALE	%	IP	OTAA
Attività alberghiera	1,00	2,00	3,00	3,08%	0,00	3,00	3,00	3,08%	-1,00	1,00	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	30,75	10,25	41,00	42,16%	7,38	29,52	36,90	37,94%	-23,37	19,27	-4,10	-4,22%
Attività di assistenza avanzata	25,00	1,00	26,00	26,74%	25,74	2,86	28,60	29,41%	0,74	1,86	2,60	2,67%
Attività di programmazione dell'assistenza	0,00	0,00	0,00	0,00%	5,72	0,00	5,72	5,88%	5,72	0,00	5,72	5,88%
Attività di supporto gestionale (verifica)	14,00	3,50	17,50	17,99%	13,28	0,00	13,28	13,66%	-0,72	-3,50	-4,22	-4,34%
Attività di supporto gest. (con riordino)	7,75	2,00	9,75	10,03%	0,00	9,75	9,75	10,03%	-7,75	7,75	0,00	0,00%
TOTALE	78,50	18,75	97,25	100,00%	52,12	45,13	97,25	100,00%	-26,38	26,38	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	80,72%	19,28%	100,00%		53,59%	46,41%	100,00%		-27,13%	27,13%	0,00%	

TAB. I.8 Chirurgia B. Chirurgia generale in ospedale medio non urbano. La redistribuzione dei tempi appare abbastanza simile al precedente nel totale ma le singole tipologie di attività sono significativamente diverse nel peso prima e dopo. Il recupero avviene in particolare per lo spostamento dell'infermiere dall'assistenza di base e attività di riordino

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZIO NE INZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELL O FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE		%	IP	OTAA		TOTALE	%	IP	OTAA
Attività alberghiera	1,00	6,17	7,17	7,53%	0,00	7,17	7,17	7,54%	-1,00	1,00	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	19,62	6,67	26,28	27,62%	4,73	18,92	23,66	24,86%	-14,89	12,26	-2,63	-2,76%
Attività di assistenza avanzata	27,67	0,00	27,67	29,08%	27,39	3,04	30,43	31,98%	-0,28	3,04	2,77	2,91%
Attività di programmazione dell'assistenza	3,33	0,00	3,33	3,50%	6,09	0,00	6,09	6,40%	2,76	0,00	2,76	2,90%
Attività di supporto gestionale (verifica)	13,42	0,00	13,42	14,10%	10,52	0,00	10,52	11,06%	-2,90	0,00	-2,90	-3,05%
Attività di supporto gest. (con riordino)	10,28	7,00	17,28	18,16%	0,00	17,28	17,28	18,16%	-10,28	10,28	0,00	0,00%
TOTALE	75,32	19,83	95,15	100,00%	48,73	46,42	95,15	100,00%	-26,58	26,58	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	79,16%	20,84%	100,00%		51,22%	48,78%	100,00%		-27,94%	27,94%	0,00%	

TAB. I.9 Chirurgia C. Chirurgia specialistica appartenente allo stesso ospedale della chirurgia B. Il recupero è maggiore per la maggiore incidenza dell'assistenza di base e riordino sul totale

	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZION E INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE		%	IP	OTAA		TOTALE	%	IP	OTAA
Attività alberghiera	2,50	7,00	9,50	8,24%	0,00	9,50	9,50	8,24%	-2,50	2,50	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	25,50	11,25	36,75	31,86%	6,62	26,46	33,08	28,68%	-18,89	15,21	-3,68	-3,18%
Attività di assistenza avanzata	20,50	0,00	20,50	17,77%	20,30	2,26	22,55	19,55%	-0,20	2,26	2,05	1,78%
Attività di programmazione dell'assistenza	4,00	0,00	4,00	3,47%	4,51	0,00	4,51	3,91%	0,51	0,00	0,51	0,44%
Attività di supporto gestionale (verifica)	23,39	1,67	25,00	21,68%	26,11	0,00	26,11	22,64%	2,78	-1,67	1,11	0,96%
Attività di supporto gest. (con riordino)	17,00	2,58	19,58	16,98%	0,00	19,58	19,58	16,98%	-17,00	17,00	0,00	0,00%
TOTALE	92,83	22,50	115,33	100,00%	57,53	57,80	115,33	100,00%	-35,30	35,30	-0,01	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	80,49%	19,51%	100,00%		49,89%	50,11%	100,00%		-30,61%	30,61%	0,00%	0,00%

TAB. I.10 Lungodegenza B. Lungodegenza riabilitativa con significativa presenza pregressa di OTAAe qualche ausiliario. Minore di conseguenza il recupero possibile di tempo anche se rimane significativo lo spostamento dell'infermiere tra le tipologie di attività

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO % ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO				
	IP	OTAA	AUS	TOTALE		%	IP	OTAA	AUS		TOTALE	%	IP	OTAA	AUS
Attività alberghiera	0,00	7,83	4,00	11,83	10,28%	0,00	7,83	4,00	11,83	10,28%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	12,97	32,67	0,50	46,14	40,07%	4,15	33,22	4,15	41,52	36,06%	-8,82	0,55	3,65	-4,61	-4,01%
Attività di assistenza avanzata	28,08	1,33	0,00	29,42	25,55%	29,12	3,24	0,00	32,36	28,10%	1,04	1,90	0,00	2,94	2,55%
Attività di programmazioni e dell'assistenza	6,00	0,00	0,00	6,00	5,21%	6,47	0,00	0,00	6,47	5,62%	0,47	0,00	0,00	0,47	0,41%
Attività di supporto gestionale	12,42	0,83	0,00	13,25	11,51%	14,45	0,00	0,00	14,45	12,55%	2,03	-0,83	0,00	1,20	1,04%
Attività di supporto gest. (con riordino)	6,42	2,08	0,00	8,50	7,38%	0,00	4,25	4,25	8,50	7,38%	-6,42	2,17	4,25	0,00	0,00%
TOTALE	65,89	44,75	4,50	115,14	100,00%	54,19	48,54	12,40	115,14	100,00%	-11,70	3,79	7,90	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	57,23%	38,86%	3,91%	100,00%		47,07%	42,16%	10,77%	100,00%		-10,16%	3,29%	6,86%	0,00%	

TAB. I.11 Lungodegenza A. Unità di ospedale medio-grande, sottoposta a varie trasformazioni organizzative e di utenza clinica. La figura dell'OTAA era già presente in modo significativo pur essendo ancora notevole la partecipazione dell'infermiere all'attività di base.

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO% ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO% ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE	%		IP	OTAA	TOTALE	%		IP	OTAA	TOTALE	%
Attività alberghiera	0,67	12,83	13,50	15,11%	0,00	13,50	13,50	15,11%	-0,67	0,67	0,00	0,00		
Attività di assistenza di base	21,67	14,50	36,17	40,49%	6,51	26,04	32,55	36,44%	-15,16	11,54	-3,62	-4,05		
Attività di assistenza avanzata	15,17	0,67	15,83	17,72%	15,68	1,74	17,42	19,50%	0,51	1,08	1,58	1,77		
Attività di programmazione dell'assistenza	1,17	0,25	1,42	1,59%	3,48	0,00	3,48	3,90%	2,31	-0,25	2,06	1,10		
Attività di supporto gestionale(verifica)	9,08	1,17	10,25	11,47%	10,22	0,00	10,22	11,44%	1,14	-1,17	-0,03	1,17		
Attività di supporto gest.(con riordino)	4,83	7,33	12,17	13,62%	0,00	12,17	12,17	13,62%	-4,83	4,84	0,00	0,00		
TOTALE	52,58	36,75	89,33	100,00%	35,89	53,45	89,33	100,00%	-16,70	16,70	0,00	0,00		
PESO% DEGLI OPERATORI	58,86%	41,14%	100,00%		40,16	59,84	100,00		-18,69%	18,70%				

TAB. I.12 Lungodegenza C. Unità riabilitativa con presenza di OTAA e residuo di infermiere generico che, nell'insieme, forniscono un significativo supporto nell'assistenza di base. I margini di recupero sono ridotti anche se rimane interessante il bilanciamento in peso tra infermiere e OTAA

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO % ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO				
	IP	OTAA	IG	TOTALE		%	IP	OTAA	IG		TOTALE	%	IP	OTAA	IG
Attività alberghiera	0,50	4,75	0,50	5,75	9,03%	0,00	5,25	0,50	5,75	9,03%	-0,50	0,50	0,00	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	11,08	8,00	9,00	28,08	44,10%	5,05	11,22	9,00	25,27	39,69%	-6,03	3,22	0,00	-2,81	-4,41%
Attività di assistenza avanzata	3,00	0,00	2,42	5,42	8,51%	5,36	0,30	0,30	5,96	9,36%	2,36	0,30	-2,12	0,54	0,85%
Attività di programmazione dell'assistenza	0,50	0,00	0,00	0,50	0,79%	1,19	0,00	0,00	1,19	1,87%	0,69	0,00	0,00	0,69	1,08%
Att. di supporto gestionale (verifica)	10,00	0,50	1,00	11,50	18,06%	13,08	0,00	0,00	13,08	20,54%	3,08	-0,50	-1,00	1,58	2,48%
Attività di supporto gest. (con riordino)	2,51	7,42	2,50	12,43	19,52%	0,00	6,81	5,62	12,43	19,52%	-2,51	-0,61	3,12	0,00	0,00%
TOTALE	27,59	20,67	15,42	63,67	100,00%	24,68	23,57	15,42	63,67	100,00%	-2,91	2,91	0,00	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	43,33%	32,46%	24,21%	100,00%		38,77%	37,02%	24,21%	100,00%		-4,57%	4,57%	0,00%		

TAB. I.13 Medicina A. Unità di ospedale medio non urbano. I margini di recupero appaiono significativi anche per la possibilità di aumentare l'efficienza in quasi tutte le attività esistenti.

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZIO NE INZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE		%	IP	OTAA		TOTALE	%	IP	OTAA
Attività alberghiera	2,75	12,25	15,00	11,58%	0,00	15,00	15,00	11,58%	-2,75	2,75	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	38,00	19,50	57,50	44,37%	10,35	41,40	51,75	39,94%	-27,65	21,90	-5,75	-4,44%
Attività di assistenza avanzata	21,50	0,00	21,50	16,59%	21,29	2,37	23,65	18,25%	-0,22	2,37	2,15	1,66%
Attività di programmazione dell'assistenza	3,00	0,00	3,00	2,32%	4,73	0,00	4,73	3,65%	1,73	0,00	1,73	1,34%
Attività di supporto gestionale (verifica)	14,83	1,75	16,58	12,80%	18,45	0,00	18,45	14,24%	3,62	-1,75	1,87	1,44%
Attività di supporto gest. (con riordino)	4,00	12,00	16,00	12,35%	0,00	16,00	16,00	12,35%	-4,00	4,00	0,00	0,00%
TOTALE	84,08	45,50	129,58	100,00%	54,82	74,77	129,58	100,00%	-29,27	29,27	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	64,89%	35,11%	100,00%		42,30%	57,70%	100,00%		-22,58%	22,58%		

TAB. I.14 Medicina B. Unità di grande ospedale universitario urbano con presenza di OTAA già attivi in assistenza. Il miglioramento dell'efficienza porta alla riduzione di alcune attività in maniera significativa.

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO% ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'				PESO% ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE	%		IP	OTAA	TOTALE	%		IP	OTAA	TOTALE	%
Attività alberghiera	0,00	4,92	4,92	5,1	0,00	4,92	4,92	5,1	0,00	0,00	0,00	0,0		
Attività di assistenza di base	20,42	12,33	32,75	33,8	5,90	23,58	29,48	30,4	-14,52	11,25	-3,28	-3,4		
Attività di assistenza avanzata	28,67	0,00	28,67	29,6	28,38	3,15	31,53	32,5	-0,29	3,15	2,87	3,0		
Attività di programmazione dell'assistenza	0,00	0,00	0,00	0,0	6,31	0,00	6,31	6,5	6,31	0,00	6,31	6,5		
Attività di supporto gestionale(verifica)	12,67	1,75	14,42	14,9	8,52	0,00	8,52	8,8	-4,15	-1,75	-5,90	-6,1		
Attività di supporto gest. (con riordino)	7,67	8,50	16,17	16,7	0,00	16,17	16,17	16,7	-7,67	7,67	0,00	0,0		
TOTALE	69,42	27,50	96,92	100,0	49,11	47,82	96,93	100,0	-20,31	20,32	0,01	0,0		
PESO% DEGLI OPERATOR	71,6	28,4	100,0		50,7	49,3	100,0		-21,0	21,0				

TAB. I.15 Geriatria A. Lungodegenza riabilitativa con consistente presenza di OTAA impegnati in assistenza. Consistente recupero di tempo-infermiere dall'attività alberghiera e di base con pari aumento di quella avanzata.

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZIONE INIZIALE	MODELLO FINALE: NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE	%	IP	OTAA	TOTALE	%	IP	OTAA	TOTALE	%
Attività alberghiera	10,50	13,50	24,00	20,48%	0,00	24,00	24,00	20,48%	-10,50	10,50	0,00	0,00%
Attività di assistenza di base	27,50	13,50	41,00	34,99%	7,38	29,52	36,90	31,50%	-20,12	16,02	-4,10	-3,50%
Attività di assistenza avanzata	31,33	7,00	38,33	32,72%	37,95	4,22	42,16	35,99%	6,62	-2,78	3,83	3,27%
Attività di programmazio ne dell'assistenza	0,00	0,00	0,00	0,00%	6,32	0,00	6,32	5,39%	6,32	0,00	6,32	5,39%
Attività di supporto gestionale (verifica)	7,83	0,00	7,83	6,68%	1,77	0,00	1,77	1,51%	-6,06	0,00	-6,06	-5,17%
Attività di supporto gest. (con riordino)	6,00	0,00	6,00	5,12%	0,00	6,00	6,00	5,12%	-6,00	6,00	0,00	0,00%
TOTALE	83,16	34,00	117,16	100,00%	53,42	63,74	117,16	100,00%	-29,74	29,74	0,00	0,00%
PESO % DEGLI OPERATORI	70,98%	29,02%	100,00%		45,59%	54,40%	100,00%		-25,39%	25,38%		

TAB. I. 16 Sala Operatoria Sottoinsieme organizzativo di un blocco operatorio di grande ospedale urbano. La tabella presenta una unità esemplificativa dell'insieme. Il considerevole ammontare di tempo recuperabile va imputato al fatto che tutti gli operatori sono infermieri anche per le attività di supporto di base

ATTIVITA'	SITUAZIONE INIZIALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' SITUAZION E INZIALE	MODELLO FINALE NUMERO DI ORE LAVORO PER OPERATORE E ATTIVITA'			PESO % ATTIVITA' MODELLO FINALE	SCOSTAMENTI IN BASE AL MODELLO			
	IP	OTAA	TOTALE		%	IP	OTAA		TOTALE	%	IP	OTAA
Attività alberghiera	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00%
Attività di assistenza di sala	39,00	0,00	39,00	44,88%	7,02	28,08	35,10	40,40%	-31,98	28,08	-3,90	-4,49%
Attività di assistenza tecnica	15,48	0,00	15,48	17,82%	15,33	1,70	17,03	19,60%	-0,15	1,70	1,55	1,78%
Attività di programmazione dell'assistenza	0,00	0,00	0,00	0,00%	3,41	0,00	3,41	3,92%	3,41	0,00	3,41	3,92%
Attività di supporto gestionale (verifica)	6,58	0,00	6,58	7,57%	5,53	0,00	5,53	6,36%	-1,05	0,00	-1,05	-1,21%
Attività di supporto gest. (con riordino)	25,83	0,00	25,83	29,73%	0,00	25,83	25,83	29,73%	-25,83	25,83	0,00	0,00%
TOTALE	86,89	0,00	86,89	100,00%	31,29	55,61	86,89	100,00%	-55,60	55,61	0,01	0,01%
PESO % DEGLI OPERATORI	100,00%	0,00%	100,00%		36,01%	64,00%	100,00%		-63,98%	64,00%		

Comparazione sull'impatto delle due strategie nell'impiego della risorsa professionale

Nel confronto tra l'approccio "minimale" e la strategia qualitativa adottata nella sperimentazione, le differenze appaiono significative a vantaggio del primo, per quota di tempo-infermiere trasferibile, come descritto nelle tabelle comparative per singola unità operativa che seguono. Dato l'uso di criteri differenti di calcolo dei tempi per le tipologie di attività, il confronto diretto tra strategia minimale e quella qualitativa va fatta solo per i totali generali e non per le singole categorie. Infatti, mentre nelle due colonne della "strategia minimale" le percentuali sono riferite al tempo totale di produzione, nella colonna "Strategia qualitativa" le percentuali si riferiscono alla quota-parte di tempo trasferibile rispetto al totale in tempo della singola attività in quanto riprendono i dati descritti nelle tabelle precedenti per una scelta di continuità informativa.

TAB. I.17 Chirurgia A

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	1,27%	1,27%	100,00%
Attività di assistenza di base	39,17%	31,34%	76,00%
Attività di assistenza avanzata			-2,96%
Attività di somministrazione terapia orale	3,82%		
Attività di programmazione dell'assistenza			0
Attività di supporto gestionale (verifica)			5,14%
Attività di supporto gestionale (riordino)	9,87%	9,87%	100,00%
Totale generale	54,14%	42,48%	33,61%

TAB. I.18 Chirurgia B

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	1,33%	1,33%	100,00%
Attività di assistenza di base	26,05%	20,84%	75,88%
Attività di assistenza avanzata Attività di somministrazione terapia orale	1,99%		1,00%
Attività di programmazione dell'assistenza			- 82,78%
Attività di supporto gestionale (verifica)			21,57%
Attività di supporto gestionale (riordino)	13,65%	13,65%	100,00%
Totale generale	43,02%	35,82%	35,30%

TAB.I.19 Chirurgia C

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	2,69%	2,69%	100,00%
Attività di assistenza di base	27,47%	21,97%	74,06%
Attività di assistenza avanzata Attività di somministrazione terapia orale	1,08%		1,00%
Attività di programmazione dell'assistenza			-12,75%
Attività di supporto gestionale (verifica)			-11,91%
Attività di supporto gestionale (riordino)	18,31%	18,31%	100,00%
Totale generale	49,55%	42,98%	38,03%

TAB. I.20 Lungodegenza B

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	0,00%	0,00%	0,00%
Attività di assistenza di base	19,68%	15,75%	67,99%
Attività di assistenza avanzata			- 3,70%
Attività di somministrazione terapia orale	9,87%		
Attività di programmazione dell'assistenza			- 7,86%
Attività di supporto gestionale (verifica)			- 16,37%
Attività di supporto gestionale (riordino)	9,74%	9,74%	100,00%
Totale generale	39,30%	25,49%	17,75%

TAB.I.21 Lungodegenza C

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	1,81%	1,81%	100,00%
Attività di assistenza di base	40,16%	32,13%	54,38%
Attività di assistenza avanzata			- 78,75%
Attività di somministrazione terapia orale	2,72%		
Attività di programmazione dell'assistenza			- 138,33%
Attività di supporto gestionale (verifica)			- 30,75%
Attività di supporto gestionale (riordino)	9,10%	9,10%	100,00%
Totale generale	53,79%	43,04%	10,54%

TAB.I.22 Lungodegenza A

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	1,27%	1,27%	100,00%
Attività di assistenza di base	41,20%	32,96%	69,95%
Attività di assistenza avanzata Attività di somministrazione terapia orale	7,90%		- 3,35%
Attività di programmazione dell'assistenza			- 198,57%
Attività di supporto gestionale (verifica)			- 12,48%
Attività di supporto gestionale (riordino)	9,19%	9,19%	100,00%
Totale generale	59,56%	43,42%	31,76%

TAB.I. 23 Medicina A

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	3,27%	3,27%	100,00%
Attività di assistenza di base	45,19%	36,15%	72,76%
Attività di assistenza avanzata Attività di somministrazione terapia orale	3,30%		1,00%
Attività di programmazione dell'assistenza			- 57,67%
Attività di supporto gestionale (verifica)			- 24,40%
Attività di supporto gestionale (riordino)	4,76%	4,76%	100,00%
Totale generale	56,52%	44,18%	34,80%

TAB.I.24 Medicina B

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	0,00%	0,00%	0,00%
Attività di assistenza di base	29,41%	23,53%	71,10%
Attività di assistenza avanzata			1,00%
Attività di somministrazione terapia orale	4,20%		
Attività di programmazione dell'assistenza			0,00%
Attività di supporto gestionale (verifica)			- 13,84%
Attività di supporto gestionale (riordino)	11,04%	11,04%	100,00%
Totale generale	44,66%	34,57%	20,62%

TAB.I. 25 Geriatria A

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	12,63%	12,63%	100,00%
Attività di assistenza di base	33,07%	26,46%	73,16%
Attività di assistenza avanzata			- 21,12%
Attività di somministrazione terapia orale	4,81%		
Attività di programmazione dell'assistenza			0,00%
Attività di supporto gestionale (verifica)			77,36%
Attività di supporto gestionale (riordino)	7,22%	7,22%	100,00%
Totale generale	57,72%	46,30%	35,76%

TAB.I. 26 Sala Operatoria

Tipologia di attività	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Attività alberghiera	0,00%	0,00%	0,00%
Attività di assistenza di base	44,88%	35,91%	82,00%
Attività di assistenza avanzata Attività di somministrazione terapia orale			1,00%
Attività di programmazione dell'assistenza			0,00%
Attività di supporto gestionale (verifica)			16,01%
Attività di supporto gestionale (riordino)	29,73%	29,73%	100,00%
Totale generale	74,61%	65,63%	64,00%

Dati di sintesi

Al fine di semplificare la visione di insieme e il confronto sull'effetto differenziato dei due approcci, nella Tabella I. 27 vengono riproposti i risultati in percentuale di quota-tempo infermiere direttamente trasferibile per ogni unità operativa. Dalla comparazione si evince come esista per alcune unità un differenziale di quasi 10 punti rispetto ad altre. Tale differenza trova una facile spiegazione nella presenza o meno di OTAA già impegnati nell'assistenza di base che riduce la quota di ulteriore trasferibilità dall'infermiere a tale operatore.

Una ulteriore rappresentazione (Tabella I.28) indicizzata però per area clinica, evidenzia il fatto che la trasferibilità è massima per quei servizi che fanno un uso massiccio dell'infermiere o che non hanno ancora introdotto figure di supporto. La cosa appare particolarmente evidente nelle lungodegenze che oscillano tra il 17% e il 31% a fronte di sistemi organizzativi e di casistica tra loro comparabili.

TAB.I.27 Sintesi per Unità operativa

Unità operativa	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Chirurgia A	54,14%	42,48%	33,61%
Chirurgia B	43,02%	35,82%	35,30%
Chirurgia C	49,55%	42,98%	38,03%
Lungodegenza B	39,30%	25,49%	17,75%
Lungodegenza A	59,56%	43,42%	31,76%
Lungodegenza C	53,79%	43,04%	10,54%
Medicina A	56,52%	44,18%	34,80%
Medicina B	44,66%	34,57%	20,62%
Geriatria	57,72%	46,30%	35,76%
Sala operatoria	74,61%	65,63%	64,00%

Il dato per la comparazione tra settori clinici consiste nella media ponderata del tempo trasferibile nelle unità che afferiscono al settore; il risultato è interessante perchè evidenzia la recuperabilità associata al livello di impegno acuto assistenziale. Il dato della sala operatoria va considerato disomogeneo per le comparazioni in quanto riflette una modalità organizzativa peculiare locale.

Tabella I.28 Sintesi per Settore Clinico - Comparazione tra quantità di tempo infermiere risparmiato o trasferibile in base ai due approcci. quello minimale è apparentemente più efficiente ma non riduce lo spreco e non migliora la qualità complessiva

Area clinica	Strategia minimale		Strategia qualitativa
	Ipotesi massima	Ipotesi minima	Modello
Chirurgia	49,02%	40,64%	35,78%
Medicina	51,15%	39,84%	28,40%
Lungodegenza	49,33%	33,30%	21,43%
Geriatria	57,72%	46,30%	35,76%
Sala operatoria	74,61%	65,63%	64,00%

I dati delle tabelle prima descritte, a prescindere dalla tipologia di approccio adottato, evidenziano che:

1. La facilità e significatività di risultato dell'approccio "minimale" può effettivamente indurre una azienda a sceglierlo come risolutivo, in tempi brevi, della crisi di disponibilità della risorsa infermiere
2. L'adozione dell'approccio "minimale" comporta molto probabilmente la riduzione della potenzialità migliorativa dell'assistenza e dell'efficacia clinica complessiva, vanificando così, nel medio, i vantaggi del breve periodo. Inoltre, la prassi che "spreca" risorse non viene messa in discussione
3. Esiste comunque un ampio margine di tempo-infermiere recuperabile e trasferibile ad altro operatore anche volendo introdurre innovazione operativa nell'assistenza se si interviene sulla riduzione dello spreco di risorsa;
4. La quantità di recupero possibile è significativamente elevata e potenzialmente in grado di risolvere l'attuale carenza acuta di infermieri in periodi medio-brevi;
5. L'approccio "qualitativo" possiede minore capacità di cambiamento nel breve ma maggiore nel medio perché persegue due ulteriori obiettivi strategici:
 - a. Razionalizzare il rapporto costo/efficacia di uso delle risorse rispetto alle attività assistenziali
 - b. Migliorare il contributo dell'infermiere alla salute prodotta nell'ambiente di cura con attribuzione di specifiche responsabilità e proprie attività a complemento del trattamento medico e in coerenza con bisogni dell'assistito prima trascurati

La sostituibilità diretta ed immediata dell'infermiere deriva dal fatto che tale operazione è possibile prima ancora di dare inizio a qualsivoglia intervento correttivo dell'organizzazione costituendo infatti - tale sostituzione - un correttivo necessario e requisito perché l'infermiere possa occuparsi di assistenza avanzata come indicato dal modello di sperimentazione. In tal senso, la strategia adottata non costituisce tanto una alternativa a quella "minimale" ma una estensione della stessa (da cui il nome "minimale") perché il trasferimento si accompagna alla revisione critica delle attività che impegnano l'operatore, sia esso infermiere o OTAA/OSS, con l'introduzione di elementi di qualità altrimenti assenti nell'assistenza tradizionale. Il modello prevede

che l'organizzazione che produce assistenza nella unità operativa consumi meno risorsa professionale e nel contempo sia più efficace per la salute del degente e la soddisfazione dell'operatore se:

- A. Gli infermieri sviluppano competenza in interventi terapeutici non invasivo-farmacologici, integrabili in un percorso assistenziale complementare a quello medico e a beneficio aggiunto per il paziente;
- B. Gli infermieri sono identificabili nella responsabilità della scelta di percorso e approccio assistenziale e di riferimento per l'assistito;
- C. Gli Infermieri/OTAA/OSS si avvalgono di un sistema informativo che colleghi le caratteristiche dell'assistito ai programmi e ai risultati di assistenza, integrabile con quello medico e a minor impegno di tempo;
- D. Gli infermieri sono liberi dai compiti alberghieri e di assistenza di base che attualmente occupano la maggior parte del loro tempo perché a questi sono adibiti - con responsabilità di compito - operatori OTAA/OSS.
- E. Gli infermieri sono riconosciuti responsabili di scegliere le modalità attuative degli interventi medici a loro prescritti e l'attivabilità del paziente e/famiglia se ritenuta benefica per la salute dello stesso;
- F. Gli infermieri verificano le necessità di assistenza di base standard per ogni degente, programmano e attuano interventi di assistenza avanzata per i soggetti che presentano il bisogno.

Sintesi finale

Il quadro complessivo che ne deriva per i ruoli operanti nell'assistenza vede quindi maggiore visibilità professionale e responsabilità individuale sia per l'infermiere che per l'OTAA/OSS in un contesto di maggiore coerenza e razionalità operativa sia di processo che di relazione interprofessionale anche con il medico.

Citazioni da letteratura

- BACKMAN, K. AND M. HENTINEN (1999). *"Model for the self-care of home-dwelling elderly."* Journal of Advanced Nursing 30(3): 564-72.
- BENNER, P. (1983). *Uncovering the knowledge embedded in clinical practice.* Image,15, 36-41
- BOWERS, L. (1989). *The significance of primary nursing.* Journal of Advanced Nursing 14(1): 13-9.
- CALLANAN, K. M. AND S. J. HUGHES (1995). *Developing an information systems strategy for nursing.* Medinfo 8 Pt 2: 1419.
- CAUSER, R. *"Primary nursing. Double benefits."* Nursing Times 88(1): 55-7.
- FERNSLER, J. I. AND C. A. CANNON (1991). *"The whys of patient education."* Seminars in Oncology Nursing 7(2): 79-86. Graham, I. "Primary nursing in contemporary practice." Nursing Standard : Official Newspaper of the Royal College of Nursing 7(34): 26-9.
- GREEN, A. H. AND C. CONWAY-WELCH (1995). *Integrated health care and the advanced practice nurse.* Adv Pract Nurs Q 1(2): 14-21.
- GRENVILLE, J. AND P. LYNE (1995). *Patient-centred evaluation and rehabilitative care.* Journal of Advanced Nursing 22(5): 965-72.
- HERTZBERG, A. AND S. L. EKMAN (2000). *"We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes."* Journal of Advanced Nursing 31(3): 614-22.
- MACGUIRE, J. M. (1991). *Quality of care assessed: using the Senior Monitor index in three wards for the elderly before and after a change to primary nursing.* Journal of Advanced Nursing 16(5): 511-20.
- MELCHIOR, M. E., R. J. HALFENS, ET AL. (1999). *"The effects of primary nursing on work-related factors."* Journal of Advanced Nursing 29(1): 88-96.
- MICK, D. J. AND M. H. ACKERMAN (2000). *"Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice."* Heart and Lung 29(3): 210-21.
- NEWCOMB, D. P., SWANBURG, R. C. (1971). *The Team Plan: A Manual for Nursing Service Administrators.* New York:Putnam.
- NELSON, J. W. (2002). *"The empirical relationship of primary nursing and organizational commitment."* Creative Nursing 8(2): 13-4, 16.
- RAFFERTY, D. (1993) *"Team and primary nursing."* Senior Nurse 12(1): 31-4, 39.
- REED, S. E. (1988). *A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing.* Journal of Advanced Nursing 13(3): 383-95.

- RIGBY, A., C. LEACH, ET AL. (2001). *"Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role."* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8(6): 525-32.
- SANDHU, B. K., A. DUQUETTE, ET AL. (1991). *Perceiving patient assignment methods through a conceptual framework.* Nursing Quebec 11(3): 24-38.
- SCHANK, M. J. AND M. A. LOUGH (1990). *"Profile: frail elderly women, maintaining independence."* Journal of Advanced Nursing 15(6): 674-82.
- SHEPARD, N. AND J. F. KELVIN (1999). *"The nursing role in radiation oncology."* Seminars in Oncology Nursing 15(4): 237-49.
- THOMAS, L. H. AND S. BOND (1990). *Towards defining the organization of nursing care in hospital wards: an empirical study.* Journal of Advanced Nursing 15(9): 1106-12.
- TRAVIS, S. S. AND W. J. MCAULEY (1998). *"Mentally restorative experiences supporting rehabilitation of high functioning elders recovering from hip surgery."* Journal of Advanced Nursing 27(5): 977-85.
- TURNER, P. (1993). *"Activity nursing and the changes in the quality of life of elderly patients: a semi-quantitative study."* Journal of Advanced Nursing 18 (11): 1727-33.
- VANETZIAN, E. (1997). *"Learning readiness for patient teaching in stroke rehabilitation."* Journal of Advanced Nursing 26(3): 589-94.
- SMITH, M. J. (1996). *"Humanistic behaviors and primary nursing practice."* Applied Nursing Research : Anr 9(1): 33-6.
- WEBB, C. (1981). *Classification and framing: a sociological analysis of task-centred nursing and the nursing process.* Journal of Advanced Nursing 6(5): 369-76.
- WEATHERSTON, L. (1979). *"Theory of nursing: creating effective care."* Journal of Advanced Nursing 4(4): 365-75.
- WILSON-BARNETT, J. (1988). *"Patient teaching or patient counselling?"* Journal of Advanced Nursing 13(2): 215-22.
- WATERS, K. R. AND N. EASTON (1999). *"Individualized care: is it possible to plan and carry out?"* Journal of Advanced Nursing 29(1): 79-87.
- ZANOTTI R., FITZPATRICK J. (1993) *Nursing Care and Decision Support tools.* Information Technology in Nursing. 5(1): 5-7.
- ZANOTTI R. (1996) *Informatica e decisionalità. Quando la tecnologia è utile all'assistenza infermieristica.* Infermiere Informazione, 12, 19-26.
- ZANOTTI, R. (2002). *Filosofia e Teoria del Nursing.* Padova: Summa.
- ZANOTTI, R., SANTULLO, A., GENOVA V., CAPATTI R., DE PIERI C., MARCHESI, A., TONIN A. (1998). *Uso e costo della risorsa infermieristica nei DRGs.* DRG, 7,8 e 9, 53-57.

I. 2 LA SPERIMENTAZIONE DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO: ATTIVITA' E PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE

Elena Bonamini, CEREF Padova

Descrivere le attività eseguite durante una sperimentazione significa recuperare l'intero percorso compiuto, ri-ordinarlo, interpretarlo e valutarlo attraverso l'assunzione di un punto di vista completamente diverso da quello che ha accompagnato lo svolgersi dello stesso. Il punto di vista di chi, dopo una lunga camminata, affaticato ma pago, si volge e dalla cima della montagna abbraccia l'intero paesaggio. La riflessione che rende consapevoli della completezza e della complessità del lavoro svolto. Tale deve essere la finalità espositiva di una serie complessa di attività per il cambiamento. Diversamente, la descrizione diventa uno sterile e noioso elenco di scarso valore che, al massimo, può rendere conto della quantità di lavoro svolto e non certamente della qualità, dell'impegno profuso, della crescita avvenuta da parte di chi queste attività ha prodotto e vissuto. Eckermann, scrittore tedesco della prima metà dell'800, scriveva che "un fatto della nostra vita non vale in quanto è vero, ma in quanto ebbe a significar qualcosa". Descrivere, quindi il percorso per attribuire senso e significato di insieme all'impegno profuso. Dal punto di vista metodologico, la descrizione delle attività ha il significato di informare sui processi attivati, sulla loro rigosità, sulla loro coerenza con le finalità della sperimentazione e rispetto agli obiettivi prefissati. Descrivere i percorsi significa anche rendere possibile una migliore comprensione delle attività innovative introdotte e il loro grado di novità culturale e livello di crescita raggiunto nei diversi contesti aziendali coinvolti.

Uno dei caratteri principali del progetto è stato il coinvolgimento. Fin dal suo inizio, infatti, il progetto ha previsto un'ampia partecipazione di soggetti rappresentativi di Associazioni, Dirigenza di sede e Unità Operative delle aziende sanitarie in tutte le fasi di analisi, proposizione, validazione, valutazione, trasferimento dei risultati. Per la sperimentazione si erano candidate 32 unità operative appartenenti a tutte le Aziende Sanitarie della Regione, tra cui la Regione ha scelto le 12 unità operative del campione di ricerca. Queste sono descritte nella tabella I.29 nella quale vengono correlate all'Azienda di appartenenza.

Tabella I.29 - Unità operative selezionate per la sperimentazione

Azienda ULSS/Ospedale/Istituto	Unità Operativa
Belluno (Az. ULSS 1)	1 Chirurgia
Schio (Az. ULSS 4)	2 Geriatria
Castelfranco V.to (Az. ULSS 8)	3 Medicina
Treviso (Az. ULSS 9)	4 Gruppo operatorio
Portogruaro (Az. ULSS 10)	5 Lungodegenza
Mestre (Az. ULSS 12)	6 Lungodegenza/Geriatria
Noale (Az. ULSS 13)	7 Geriatria
Noale (Az. ULSS 13)	8 Lungodegenza
Cittadella (Az. ULSS 15)	9 Chirurgia
Cittadella (Az. ULSS 15)	10 Ortopedia
Az. Ospedaliera Padova	11 Clinica Medica
Ist. C. Gris - Mogliano V.to	12 Casa di Riposo

Come evidenziato nella tabella I. 29, le unità appartengono alle principali tipologie assistenziali dell'ambito ospedaliero.

Il percorso di ricerca e sperimentazione

Fasi e durata dello studio

Dato il disegno sperimentale, le attività del processo di ricerca sono fornite in modo tale da fornire un quadro complessivo dei periodi pre, durante e post-sperimentazione. Ciascuna delle tre fasi del progetto si è sviluppata attraverso incontri con i soggetti referenti e attività specifiche per la produzione di risultati che hanno consentito poi di avviare la fase successiva e, quindi, completare il percorso.

Considerato il numero delle unità che hanno partecipato allo studio, la loro appartenenza ad aziende sanitarie diverse dislocate anche geograficamente lontano le une dalle altre, alcune tappe del progetto hanno avuto tempi e scansioni diverse. Ad esempio, poteva accadere che una unità operativa avesse già concluso il suo periodo di sperimentazione mentre un'altra l'aveva appena iniziato. Come in ogni processo complesso, inoltre, i confini temporali tra le diverse fasi non sono sempre corrispondenti al progetto iniziale e, in alcuni casi, si sono prolungati sovrapponendosi alla successiva. Tale situazione è stata determinata anche dalla diversità organizzativa e sociale dei contesti operativi, per cui non sempre è stato possibile attivare una determinata attività contemporaneamente in tutte le unità operative. Il diagramma di Gantt riportato nella figura 1.5, fornisce una visione di insieme del disegno complessivo e delle tappe della sperimentazione durata complessivamente 27 mesi, da gennaio 2000 a marzo 2002.

Figura 1.5 - Sviluppo temporalizzato delle fasi del progetto

Attività	Periodo pre-sperimentale: 01/2000 - 05/2001												Periodo sperimentale: 02/2001 - 09/2001						Periodo post-sperimentale: 07/2001 - 03/2002										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
Progettazione																													
Analisi stato iniziale																													
Definizione modello di sperimentazione																													
Formazione																													
Intervento di cambiamento																													
Consulenza e monitoraggio																													
Misura stato finale																													
Valutazione finale																													

La fase pre-sperimentale (gennaio 2000/marzo 2001) è stata, dal punto di vista temporale, impegnativa sia per i tempi tecnici necessari alla elaborazione del modello applicativo con gli strumenti di raccolta dati e le procedure di elaborazione e analisi, sia per il coinvolgimento degli attori che, a diverso titolo e ruolo, sono intervenuti nel progetto. Fin dal suo inizio, infatti, la sperimentazione ha visto la partecipazione attiva dei referenti della Regione del Veneto, dei direttori generali e dei responsabili dei Servizi infermieristici delle aziende sanitarie, dei capi sala delle unità operative interessate, dei rappresentanti dei Collegi provinciali IPASVI del Veneto, sia per la discussione e la condivisione del progetto di sperimentazione, appositamente predisposto, che per tutte le fasi di applicazione dello stesso. L'équipe di progetto del CEREF ha portato avanti quanto condiviso, con un costante rapporto dialettico con tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

La fase sperimentale, applicativa dei cambiamenti, ha avuto una durata complessiva di otto mesi, da febbraio a settembre 2001, dovuta al fatto che non tutte le unità sono partite contemporaneamente, ma per ciascuna unità è stata di poco più di un mese.

La fase post-sperimentale si è svolta a partire da luglio 2001 fino a marzo 2002, comprendendo raccolta, elaborazione, analisi e valutazione dei risultati conseguiti da ciascuna unità di sperimentazione e dal collettivo.

Questa parte descrive gli incontri tenuti nella fase di avvio del progetto, per l'importanza che questi hanno avuto nella economia complessiva di impegno dello studio. Gli obiettivi, assegnati alla fase di avvio, erano di elaborare le linee-guida fondamentali e concordare con i referenti di azienda le modalità applicative del modello assistenziale organizzativo in coerenza con i diversi contesti operativi. Nella fase di sperimentazione gli incontri hanno avuto lo scopo di monitorarne l'applicazione, evidenziare le difficoltà e proporre una soluzione. Nel periodo post - sperimentale ulteriori incontri con i referenti e operatori delle unità coinvolte, sono stati programmati per presentare e discutere i risultati. Le attività prodotte vengono qui presentate contestualmente agli incontri di preparazione della sperimentazione e agli strumenti predisposti per il monitoraggio.

Periodo pre-sperimentale

Il periodo compreso tra gennaio 2000 e maggio 2001, è stato dedicato alla progettazione e definizione di aspetti, attività e strumenti che consentissero la comprensione e la contestualizzazione del progetto. Data la grande varietà di contesti applicativi, in tale periodo sono state vagliate le specificità organizzative, cliniche e professionali delle unità operative e chiesto alle stesse di analizzare l'operatività quotidiana valutando criticamente gli aspetti salienti della sperimentazione.

Il diagramma di Gantt della figura I.6 offre una panoramica analitica delle attività che hanno caratterizzato il periodo pre-sperimentale.

Figura 1.6 - Attività prodotte e tempi impegnati nel periodo pre-sperimentale, gennaio - maggio 2001

Attività	Periodo pre-sperimentale: 01/2000 - 05/2001																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Progettazione																	
Analisi del bisogno e delle strategie per la messa a punto del progetto	■	■	■														
Identificazione e selezione unità				■													
Costituzione gruppo referenti					■												
Sviluppo e presentazione strategie di applicazione						■	■										
Analisi stato iniziale																	
Messa a punto strumenti						■											
Rilevazione stato iniziale						■	■	■									
Presentazione risultati									■								
Interpretazione stato iniziale									■	■	■	■	■	■			
Follow up														■	■		
Definizione modello di sperimentazione																	
Elaborazione linee-guida applicative											■						
Definizione modalità di avvio della sperimentazione											■	■					
Predisposizione dossier informativo paziente													■				
Presentazione alle UO													■	■			
Formazione																	
Metodologia dell'organizzazione dell'assistenza																■	
Clinica dell'assistenza																■	■

1 - Progettazione

Ha preso avvio nel gennaio 2000 con incontri preliminari con i referenti regionali e con i direttori generali delle Aziende sanitarie del Veneto a cui sono seguiti tre incontri con i referenti delle Aziende che avevano candidato unità operative e referenti delle unità operative scelte dalla regione. Il CEREF, recependo informazioni e suggerimenti emersi negli incontri, ha quindi messo a punto la strategia di applicazione nelle specifiche unità operative .

Nel dettaglio, il percorso seguito è stato:

- a) *costituzione di un gruppo di referenti* a livello regionale e degli ambiti locali pilota per la consultazione, la messa a punto della fase applicativa, il monitoraggio e la valutazione finale dei risultati prodotti
- b) *analisi del contesto ed individuazione delle strategie per la implementazione della sperimentazione*
- c) *identificazione e selezione* di unità operative come setting pilota di sperimentazione organizzativa nelle quali introdurre e sperimentare i cambiamenti previsti dal modello
- d) *elaborazione della strategia di applicazione del progetto e sua presentazione* al personale coinvolto con incontri tenuti in ciascuna delle unità operative sede di sperimentazione.

2 - Analisi dello stato iniziale

Avviata nel mese di giugno 2000, tale attività si è caratterizzata e concretizzata per i seguenti prodotti:

- a) *messa a punto finale di strumenti di raccolta dati* e modalità di osservazione su opportuni indicatori diretti e indiretti di stato e processo di variabili connesse all'organizzazione dell'assistenza
- b) *rilevazione e interpretazione dello stato iniziale* (stato in atto) nelle unità operative sperimentali
- c) *rilevazione dell'atteggiamento* assunto dagli operatori nei confronti del cambiamento proposto, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo autocompilato
- d) *presentazione e discussione dei risultati* attraverso incontri con i referenti della Regione, delle unità operative, con il gruppo di lavoro "Interpretazione dei risultati"
- e) *follow-up* dopo otto mesi dalla prima rilevazione a seguito dei mutamenti intervenuti nelle unità operative e ricalcolo delle attività/tempo per operatore. Considerato il tempo intercorso tra avvio del progetto e periodo di possibile inizio della sperimentazione, si è ritenuto necessario, per avere un quadro della situazione aggiornato e rigoroso, provvedere ad una nuova rilevazione di alcuni

dati. In quasi tutte le unità operative erano infatti intervenute varie modifiche e ristrutturazioni talvolta con aggregazioni o disaggregazioni organizzative.

Nel febbraio 2001 si è tenuta, in ciascuna unità operativa, un ulteriore incontro per l'analisi dei nuovi dati raccolti con griglie di osservazione predisposte ad hoc per la rilevazione delle attività peculiari di ciascuna unità operativa e parzialmente documentate nella prima rilevazione. L'incontro è inoltre servito per la verifica delle difficoltà previste per l'avvio della fase sperimentale e la messa a punto delle possibili strategie di soluzione mirate.

3 - Definizione del modello di sperimentazione

Tale attività, iniziata a fine 2000, si è conclusa nel primo trimestre 2001. Lo stato iniziale dell'organizzazione dell'assistenza nelle unità operative era stato verificato e erano stati ben definiti i vincoli e le opportunità di cambiamento nello specifico. In ciascuna unità operativa si è dato inizio anche alla riflessione critica e revisione organizzativa. Questi gli obiettivi di prodotto:

- a) *messa a disposizione di linee-guida applicative della sperimentazione* sulla base delle caratteristiche specifiche di contesto, con proposta di revisione delle responsabilità e delle attività attribuibili all'infermiere e all'O.T.A.A. con calcolo di fabbisogno
- b) *condivisione delle modalità di avvio della sperimentazione*, con incontri con i responsabili regionali, referenti delle sedi sperimentali e rappresentanti dei collegi I.P.A.S.V.I. del Veneto
- c) *messa a punto del "Dossier informativo"*, strumento principale di raccolta delle informazioni relative al paziente e di monitoraggio della sperimentazione. Il "dossier paziente" elaborato dal CEREF costituisce una evoluzione di altri strumenti già in uso nelle unità operative e risponde alle diverse esigenze degli infermieri. Caratteristica di tale strumentazione informativa è la coerenza informativa con l'assistenza di tipo avanzato; infatti, accanto a sezioni tradizionali, il dossier prevede nuove scale di misura della dipendenza e la progettazione dell'intervento con modalità di controllo dello stato di avanzamento, il tutto con modalità di registrazione e uso di grande efficienza organizzativa ed operativa.
- d) *presentazione del modello e definizione delle modalità applicative* in ciascuna unità operativa. Gli incontri, svolti nel febbraio 2001 con il personale delle unità sperimentali, avevano lo scopo di:
 1. fornire una presentazione dettagliata del disegno sperimentale, del modello teorico di riferimento, degli elementi fondamentali necessari alla sua applicazione, delle modalità organizzative generali;
 2. presentare il sistema informativo;
 3. discutere la tipologia di attività da implementare, la loro temporizzazione, le eventuali attività di supporto necessarie
 4. raccogliere suggerimenti, problemi, dubbi, perplessità e monitorare il livello di coinvolgimento e motivazione alla sperimentazione.

4 - Formazione degli infermieri

Dal mese di marzo a maggio del 2001, la formazione degli operatori è stata l'attività che ha concluso la fase preparatoria alla sperimentazione e momento di notevole importanza sia per l'attivazione dei nuovi processi assistenziali in coerenza con il modello concettuale, che per i risultati di cambiamento che si intendeva ottenere (stato prefisso). L'attività formativa ha coinvolto il personale con grande partecipazione ed elevato consenso sia nelle modalità organizzative adottate che per i contenuti.

Nell'economia complessiva del progetto, l'attività di formazione, aveva lo scopo di fornire gli elementi necessari per reggere il cambiamento prefigurato nel modello di trasformazione dell'assistenza quando questo preveda una diversa competenza rispetto a quella tradizionalmente utilizzata nelle unità operative. L'introduzione di responsabilità di nursing *avanzato*, con conseguente innalzamento della complessità teorica dei compiti assistenziali e degli effetti da questi prodotti, richiede infatti, da un lato, l'adeguamento delle competenze cliniche possedute dagli infermieri, dall'altro il ricorso a modelli organizzativi nuovi capaci di sostenere questa trasformazione.

I temi che secondo il disegno sperimentale dovevano essere trattati per una buona riuscita del progetto, comprendevano, quindi, aspetti di metodologia dell'organizzazione dell'assistenza e di clinica dell'assistenza. Considerata la diversa natura dei contenuti, organizzativo-gestionale e clinica, la formazione si è articolata in due parti distinte:

A. Metodologia dell'organizzazione dell'assistenza

B. Clinica dell'assistenza.

L'articolazione dei contenuti trattati nell'attività formativa è analiticamente rappresentata nei diagrammi descritti dalle figure I.7, I.8, I.9.

Figura I.7 Il programma formativo complessivo

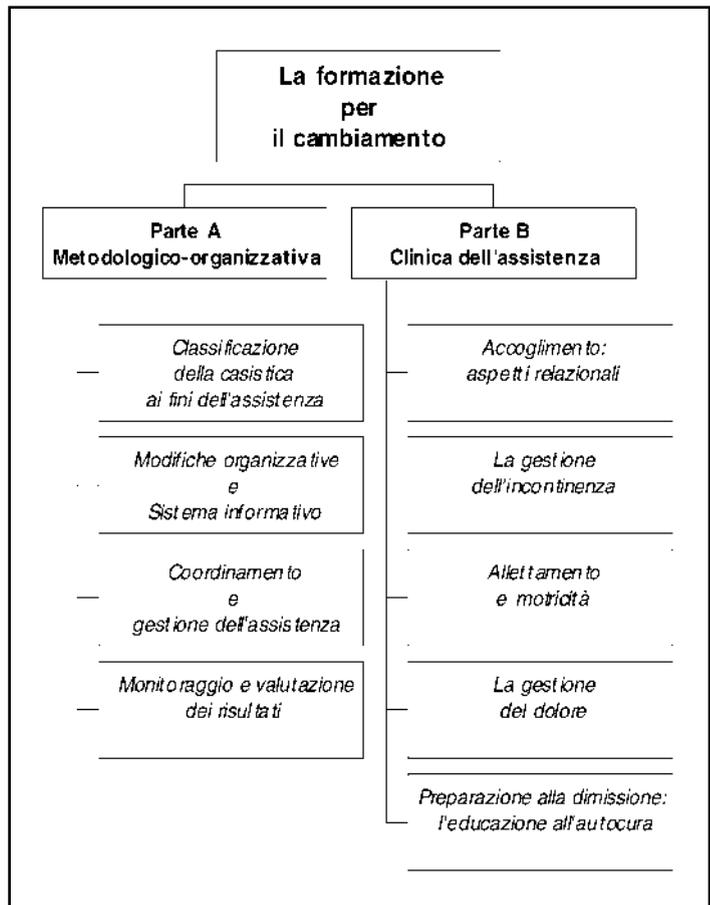


Figura 1.8 Programma formativo della parte A (Metodologica): organizzazione dell'assistenza

**Formazione parte A
me todologico-organizzativa**

Classificazione della casistica ai fini dell'assistenza	Modifiche organizzative e Sistema informativo	Coordinamento e gestione dell'assistenza	Monitoraggio e valutazione dei risultati
Logica generale di organizzazione dell'assistenza	Linee-guida per la riduzione delle routine	Ruolo del caposala Ruolo dell'infermiere	Modello di sistema di misura
Modello di riferimento per l'assistenza: assistenza di base e assistenza avanzata	Linee-guida per la gestione e organizzazione dell'assistenza	Modelli di gestione applicabili in relazione al cambiamento	Standard e criteri applicabili al contesto specifico
Metodologia di analisi e classificazione della casistica ai fini della tipologia di assistenza da erogare	Natura e tipologia delle informazioni per la gestione dell'unità operativa dell'assistenza al singolo	La riunione organizzativa: - valutazione del caso - valutazione dell'assistenza	Metodi di monitoraggio di: - competenza - qualità professionale - qualità percepita
Tecniche e strumenti di misura dell'intensità di bisogno assistenziale Suddivisione dell'assistenza rispetto alla tipologia di bisogno	Sistemi informativi di supporto integrati	Criteri e metodi per il coordinamento delle risorse umane	Tecniche, strumenti per la verifica - di efficacia dell'assistenza - di efficienza del coordinamento
	Elementi, metodi, strumenti informativi nel processo assistenziale nella gestione dell'unità operativa		

Figura 1.9 Programma formativo della parte B (Clinica): ambiti, metodi e interventi di assistenza avanzata

**Formazione parte B
Clinica dell'assistenza**

Accogliimento: aspetti relazionali	La gestione dell'inconfortanza	Allettamento e mobilità	La gestione del dolore	Preparazione alla dimissione: l'educazione all'autocura	La relazione professionale con l'assistito in sala operatoria
Aspetti relazionali con utenti e familiari	Classificazione dell'inconfortanza, valutazione del soggetto	Dinamica muscolo-scheletrica Metodi di accertamento	Metodi e strumenti di verifica e monitoraggio	Valutazione della competenza in autocura: metodi e strumenti	Stress e ansia legati all'intervento chirurgico
La relazione professionale supportiva ed educativa	Metodologie educative di breve e medio periodo	Tecniche di posizionamento e mobilizzazione	Metodologie di intervento complementari non invasive per lo sviluppo del controllo	Interventi educativi al paziente e ai familiari	Metodi e strumenti di verifica e monitoraggio del livello di ansia
Assesmenti iniziale e periodico ai fini	Metodi di monitoraggio e verifica	Tecniche di massaggio	Tecniche di intervento diretto e di educazione al controllo	Modalità e strumenti di supporto informativo	Metodi e strumenti per preparare il paziente all'intervento chirurgico
Gestione dell'ansia e motivazione all'impegno terapeutico				Il consumo finale	

Per favorire la massima partecipazione di tutti gli infermieri delle unità sperimentali, gli interventi formativi al nursing avanzato, parte B (Clinica), sono stati organizzati presso le aziende partecipanti. Agli infermieri impossibilitati a partecipare nella loro sede è stata data la possibilità di recuperare partecipando all'incontro in una delle altre sedi di sperimentazione (a loro scelta) oppure agli incontri di recupero tenuti nell'ospedale di Treviso, località geograficamente centrale rispetto alle varie sedi. La formazione relativa alla parte A è stata tenuta nella sede CEREF di Padova. La tabella I.30 offre la visione complessiva degli interventi formativi relativi alla parte clinica, per dimensione didattica e localizzazione di sede.

Tabella I.30 Contenuti e impegno dell'intervento formativo per la clinica assistenziale (parte B)

Argomento	Sedi e durata dell'intervento in ore								
	Belluno	Noale	Mestre	Porto- gruaro	Castelf. Cittad.	Padova	Schio	Treviso *	Treviso -Bis-
<i>Accogliamento: aspetti relazionali</i>	7	7	7	7	7	7	7	4 + 4	7
<i>La gestione dell'incontinenza</i>	7	7	7	7	7	7	7		7
<i>Allettamento e motricità</i>	7	7	7	7	7	7	7		7
<i>La gestione del dolore</i>	7	7	7	7	7	7	7		7
<i>Dimissione: educazione all'autocura</i>	7	7	7	7	7	7	7		7

* Incontri formativi specifici organizzati per gli infermieri della Sala operatoria dell'ospedale di Treviso

Il periodo sperimentale

Il periodo dedicato alla messa in prova del cambiamento che ogni gruppo aveva progettato, ha coperto l'arco di tempo che va dalla seconda metà del mese di aprile 2001 (periodo di inizio della sperimentazione nella Chirurgia di Belluno) alla prima metà del mese di settembre 2001 quando anche l'ultima unità operativa ad aver introdotto i cambiamenti previsti ha completato il periodo di messa in prova sperimentale.

La tabella I.31 fornisce il dettaglio dei periodi e della durata della messa in prova per ciascuna unità operativa.

Tabella I.31 Unità operative partecipanti allo studio con inizio-fine del periodo sperimentale

Unità operativa	Data inizio	Data conclusione	Durata (in giorni)
Belluno-Chirurgia	23/04/01	15/07/01	84
Castelfranco-Medicina	10/07/01	10/09/01	63
Cittadella-Chirurgia	14/05/01	14/07/01	62
Cittadella-Ortopedia	14/05/01	14/07/01	62
Mestre-Lungodegenza	28/05/01	31/07/01	68
Noale-Geriatria	01/06/01	01/08/01	62
Noale-Lungodegenza	01/06/01	01/08/01	62
Padova-Clinica medica	07/05/01	07/07/01	62
Portogruaro-Lungodegenza	14/05/01	31/07/01	79
Treviso-Gruppo operatorio	14/05/01	14/07/01	62
<i>Mogliano-Istituto Gris</i>	/	/	
<i>Schio-Geriatria</i>	/	/	

Le unità operative di Mogliano - Istituto Gris e di Schi - Geriatria che avevano partecipato, come tutte le altre unità, agli incontri e alle attività preparatorie, non hanno, per problematiche loro interne, dato avvio alla sperimentazione e sono uscite dal progetto.

Durante il periodo sperimentale sono state predisposte e attuate misure atte a mantenere il collegamento informativo e a monitorare lo stato di avanzamento delle unità operative, tenuto conto che le unità sperimentali presentavano dieci diverse condizioni clinico-organizzative di applicazione.

Operativamente, per tutta la durata della sperimentazione si è proceduto a monitorare l'applicazione dei cambiamenti previsti e offerto consulenza e sostegno con incontri CEREF al personale dell'unità coinvolta (vedi figura I. 6).

Figura I. 6 Attività e tempi del periodo di sperimentazione

Attività	Periodo sperimentale: 02/2001 - 09/2001									
			2	3	4	5	6	7	8	9
Intervento di cambiamento										
Definizione cambiamenti										
Sperimentazione										
Consulenza e monitoraggio										
Consulenza										
Messa a punto strumenti di verifica intermedia										
Somministrazione questionari										
Analisi e interpretazione dati										

1 - Intervento di cambiamento

Gli obiettivi assegnati a questa fase erano:

- a) *contestualizzazione dei cambiamenti da introdurre* con incontri con il personale e avvio della sperimentazione;
- b) *messa in prova dei cambiamenti previsti* per un periodo non superiore ai due mesi. I comportamenti professionali innovativi sia della clinica che dell'organizzazione dell'assistenza, sono stati introdotti in forma flessibile in un processo di mediazione tra i principi generali del modello teorico e le caratteristiche, vincoli, disponibilità di risorse effettive del contesto organizzativo e relazionale dell'unità.

Sulla base della struttura concettuale del modello assunto, gli ambiti fondamentali di riferimento dei cambiamenti introdotti sono stati:

1. applicazione di metodi, strumenti e tecniche di nursing avanzato
2. uso del sistema informativo di collegamento messo a punto ad hoc
3. introduzione del modello organizzativo dell'infermiere primario di riferimento
4. coordinamento delle risorse professionali non infermieristiche per i casi in assistenza avanzata ad opera dell'infermiere e coordinamento di unità operativa da parte del caposala.

Questi aspetti sono stati coniugati in modo diverso e originale da ciascuna unità operativa¹.

2 - Consulenza e monitoraggio

Il modello concettuale assunto per il cambiamento dell'assistenza verso livelli più avanzati considera:

- a) la valutazione del livello di autonomia del paziente all'ingresso e all'uscita con l'uso di metodi e strumenti specifici;
- b) l'introduzione del nursing avanzato con interventi finalizzati allo sviluppo di capacità e di autonomia dell'assistito;
- c) l'identificazione dell'infermiere "referente" che coordina l'assistenza erogata all'assistito e ne assume la responsabilità sui risultati;
- d) la produzione e la documentazione di risultati collegabili direttamente all'attività assistenziale dell'infermiere.

Tali elementi costituiscono una parte innovativa rispetto agli schemi culturali e operativi presenti nei vari contesti assistenziali. Fin dall'inizio del progetto vi era consapevolezza sul fatto che l'intervento formativo, da solo, non sarebbe bastato a mettere in discussione tali schemi e sull'assoluta necessità di sostenere il gruppo operativo nell'introduzione graduale degli elementi di novità nella pratica quotidiana. Dopo l'avvio della sperimentazione si è garantito alle unità operative consulenza sia clinica che metodologica: mentre la prima era attivata su richiesta e riguardava l'applicazione degli interventi assistenziali innovativi, la seconda ha utilizzato due incontri programmati fin dall'inizio con i referenti, a distanza di un mese l'uno dall'altro. Gli incontri, che si sono svolti nelle stesse unità operative, hanno costituito per il gruppo un importante momento di riflessione su quanto fatto e su come si era fatto, su quanto tentato ma non riuscito, su come procedere per un nuovo equilibrio che la sperimentazione, con la rottura degli schemi tradizionali, aveva modificato sia a livello organizzativo che tra i ruoli;

- e) Per il team del CEREF tali incontri hanno rappresentato l'opportunità di verificare lo stato di attuazione dei cambiamenti previsti e di confrontarne la coerenza con il modello proposto oltre che di dare un aiuto concreto per la ricerca di soluzioni alle difficoltà che via via ciascuna unità si trovava a dover affrontare. Infine hanno rappresentato una concreta opportunità per dare un feedback sull'uso pertinente del nuovo sistema informativo e sui risultati assistenziali prodotti dal gruppo delle unità operative.

¹ Informazioni più dettagliate rispetto ai cambiamenti introdotti, al loro significato e valore ai fini dell'assistenza nonché alla loro ricaduta sull'organizzazione, sono presenti nella sezione dedicata all'esposizione delle esperienze applicative nei vari contesti.

Oltre che per gli incontri programmati, l'attività di supporto ha riguardato anche contatti informativi diretti ed indiretti con le unità di sperimentazione e, in alcuni casi, l'elaborazione e l'invio di strumenti informativi ulteriori ad hoc, quali, ad esempio, schede grafiche integrate medico-infermiere.

Per avere il quadro completo della situazione, a distanza di un mese dall'avvio della sperimentazione, sono stati somministrati in ciascuna unità operativa questionari elaborati ad hoc per infermieri, medici, O.T.A.A. e pazienti per raccogliere dati sulla percezione soggettiva di cambiamento, sul vissuto personale e sul clima organizzativo dell'unità.

Periodo post-sperimentale

A partire da luglio 2001, mese in cui alcune unità operative, che per prime avevano dato inizio alla messa in prova, hanno via via concluso la sperimentazione, l'impegno ha riguardato la raccolta ed elaborazione dei dati con ulteriori incontri di valutazione critica dell'esperienza con con gli operatori coinvolti nello studio.

Figura I. 7 Attività e tempi relativi al periodo post-sperimentale

Attività	Periodo post-sperimentale 07/2001 - 03/2002									
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
Misura stato finale										
Messa a punto strumenti di verifica finale										
Raccolta dati										
Elaborazione e valutazione dati										
Valutazione finale										
Analisi e interpretazione stato finale in relazione allo stato iniziale										
Presentazione dei risultati										
Valutazione strategie di diffusione del modello										

Come si può notare dal diagramma, le due attività che hanno caratterizzato il periodo post-sperimentale sono state:

- a) la misura dello stato ottenuto
- b) la valutazione dei risultati con presentazione agli operatori

1 - Attività per la misura dello stato ottenuto

La misura dello stato raggiunto, condotta nel periodo immediatamente successivo alla conclusione della sperimentazione, ha fornito il quadro analitico dello stato professionale e organizzativo ottenuto nelle unità quale effetto finale dei cambiamenti introdotti.

Operativamente, le attività prodotte per tale rilevazione sono consistite in:

- a) *predisposizione e somministrazione di questionari* differenziati per figura professionale, per la raccolta dati di verifica del vissuto e dell'azione dei vari soggetti: infermieri, caposala, O.T.A.A. e medici;
- b) *elaborazione e valutazione dati* raccolti con questionari, schede cliniche e organizzative predisposte per tale scopo: ASGO di valutazione della dipendenza del paziente in ingresso e dimissione, Programmi di Assistenza, scheda "Attività-tempo-operatore";

2 - Valutazione finale

La valutazione finale e complessiva del progetto ha riguardato i risultati conseguiti e misurati con:

scarto tra stato iniziale (baseline) e finale (stato determinato) relativamente alle variabili organizzative e assistenziali considerate

La riflessione su quanto emerso dalla misura, è stata fatta in incontri a livello regionale (collettivo delle unità) e locale di singola unità operativa. Una prima serie di incontri ha riguardato:

la presentazione e discussione dei risultati, con esplicitazione delle prime considerazioni sull'impatto della sperimentazione, la sua efficacia ed estensibilità al contesto generale di azienda, aspetto rilevante in quanto finalità principale del progetto a fronte di una valutazione di bontà dello stesso. Inizialmente rivolta ai referenti di struttura e di unità operativa, la riflessione è stata successivamente estesa a tutti gli operatori con incontri tenuti in ciascuna sede. I temi trattati sono stati:

- finalità e obiettivi del progetto, caratteristiche e strategie previste dalla sperimentazione
- risultati generali ottenuti dal collettivo
- risultati ottenuti dalla singola unità operativa (solo per gli incontri nelle unità)
- aspetti positivi della nuova organizzazione e difficoltà incontrate.

Il progetto si è concluso nel marzo 2002 con un incontro finale tenuto presso la sede CEREF a cui hanno partecipato i referenti regionali e aziendali, i presidenti dei Collegi IPASVI del Veneto e i capisala delle unità sperimentali. Nell'incontro si è dibattuto e condiviso:

- *la valutazione delle strategie per la diffusione* del modello ad altre unità operative sulla base dei risultati ottenuti. Aspetti positivi della sperimentazione e problemi ad essa collegati sono stati vagliati al fine di individuare indicazioni operative per trasferire quanto sperimentato ad altre unità operative di azienda nel contesto regionale.

Un ulteriore incontro con i Direttori generali delle aziende sanitarie del Veneto è stato organizzato e gestito dai referenti regionali nel contesto dell'assessorato regionale alla sanità.

Conclusioni

Il modello di trasformazione previsto si inserisce con coerenza nel processo di rinnovamento professionale che prevede la revisione dei percorsi clinici e formativi.

Per trovare espressione concreta nella pratica quotidiana, tali modelli innovativi dell'assistenza assegnano centralità al paziente e valorizzano il contributo del singolo infermiere. Caratteristica inoltre di tali modelli è che “ Un sistema multi-professionale ad elevata interdipendenza... (richiede) un coerente sistema informativo che colleghi tra loro i soggetti nello sviluppo del processo di assistenza e mantenga elevata la coerenza inter-professionale sia nei comportamenti che nel perseguimento dei risultati clinici” [*Zanotti R., Filosofia e Teoria del Nursing, Padova, Summa, 2002 pag. 182*].

Nata da istanze oggettive e quanto mai attuali come la riduzione di disponibilità nel mercato del lavoro di nuovi infermieri e l'esigenza di un più corretto e razionale uso delle risorse professionali, la sperimentazione ha testato tutto questo con le difficoltà del quotidiano che sempre accompagnano il cambiamento di prassi e culture cristallizzate e mettono in discussione equilibri consolidati, relazioni di ruolo sedimentate su tradizioni e ritualità obsoleti. Sulle base di tali considerazioni vanno interpretate anche le difficoltà incontrate dai gruppi partecipanti al progetto segnalate in varie occasioni dagli operatori durante incontri di progetto, monitoraggio e consulenza.

I principali problemi sono infatti riconducibili alle novità “culturali” introdotte dal modello:

1. L'identificazione dell'infermiere referente che sceglie interventi e risponde di risultati assistenziali prodotti autonomamente, richiede un livello di decisionalità e di responsabilità etico-professionale sempre presenti nelle competenze del singolo e spesso assenti dalle relazioni di ruolo che esistono nel contesto clinico.
2. L'elaborazione di programmi assistenziali pertinenti con bisogni che richiedono interventi di nursing avanzato piuttosto che tradizionale assistenza di base.
3. L'erogazione di interventi di assistenza per determinare un cambiamento nello stato dell'assistito richiede un livello di competenza oggi assente nell'infermiere tipico.

4. L'uso di un sistema informativo integrato che richiede, da parte dei diversi professionisti, una logica di condivisione degli obiettivi assistenziali e di collaborazione nel perseguirli, piuttosto che di competizione e subalternità.

Tali difficoltà evidenziano come il progetto abbia comportato, da un lato, la “rottura” di schemi tradizionali e dall'altro, abbia veicolato nuovi elementi per la messa a punto di nuovi schemi con l'avvio di un processo di confronto inter-professionale e intra-professionale.

Il periodo complessivo dello studio, dalla fase di avvio alla verifica dei risultati, ha impegnato per un considerevole arco di tempo le unità operative, il gruppo di ricerca, i referenti aziendali e regionali, mobilitando risorse tangibili ed intangibili nella costruzione di un percorso che ha reso possibile il ripensamento e la messa in discussione, l'esplorazione e la sperimentazione di strategie che offrono alla comunità professionale coinvolta opportunità concrete di crescita.

Per tutti gli infermieri, i caposala e i medici che hanno partecipato, la sperimentazione ha comportato una notevole acquisizione di competenze specifiche per gestire un gruppo professionale “in transizione” verso obiettivi di sviluppo della qualità con differenziazione delle risorse.

Tali considerazioni portano a sottolineare la rilevanza che all'interno del progetto ha avuto la formazione finalizzata a dotare il gruppo degli infermieri di strumenti professionali adeguati ad affrontare la transizione, quali:

- competenze professionali di nursing avanzato per specificità cliniche;
- la progettazione di scenari organizzativi da perseguire;
- la negoziazione del cambiamento tra professionisti di diverso ruolo;
- la centralità nel processo assistenziale di soggetti competenti;
- l'elaborazione di strategie per l'introduzione e l'applicazione graduale di quanto progettato;
- la messa a punto e revisione di strumenti informativi;
- il controllo dei processi di assistenza clinica e organizzativa;
- la condivisione, verifica e feedback di gruppo professionale.