



Supplemento a  
FOCUS INFERMIERE  
n. 1+2 - Anno 2017  
Rivista Trimestrale Collegio IPASVI di Lucca  
Reg. Trib. di Lucca n. 690/98

Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2, DCB Lucca

**i15**  
DUEMILA  
DICIASSETTE

focus infermiere



IPASVI

11°  
CONGRESSO  
PROVINCIALE  
IPASVI LUCCA

**12 MAGGIO 2017**

Supplemento al n. 1+2 / 2017 di focus infermiere



## XI CONGRESSO PROVINCIALE IPASVI LUCCA 12 MAGGIO 2017 • GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE PROGRAMMA DELLA GIORNATA

XI° Congresso Provinciale Collegio Ipasvi Lucca  
ESPERIENZE DI ECCELLENZA INFERMIERISTICA



nell'ambito territoriale di Lucca e Versilia  
Asl Nordovest Toscana

**12 Maggio 2017**  
nella

**GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE**

Sede: Auditorium S. Michele, Via S. Michele N°3, Lucca

**Obiettivi:** Presentare le eccellenze infermieristiche presenti nell'Asl Nordovest, ambito territoriale di Lucca e Versilia, facendo riferimento alle esperienze italiane ed internazionali.

**Destinatari:** Infermieri, Infermieri pediatrici e Assistenti Sanitari iscritti al collegio Ipasvi di Lucca fino ad un max. di N° 100 posti.

**Durata:** dalle ore 8,00 alle ore 14,15.

### Programma:

**Ore 8,00:** Registrazione dei partecipanti

**Ore 8,15:** Saluto della Dott.ssa Orsi Maria Cristina - Presidente del Collegio Ipasvi di Lucca, in occasione della GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2017.

**Ore 8,30:** Relazioni su:

"Sviluppo dell'Infermieristica nella ASL Nord Ovest Toscana"

Dott.ssa Pini Chiara, Direttore Infermieristico Asl Nordovest

Dott.ssa Reale Anna, Direttore Infermieristico ambito territoriale Versilia - Asl Nordovest

Dott.ssa Traballoni Luciana, Direttore Infermieristico ambito territoriale Lucca - Asl Nordovest.

**Ore 9,30:**

"Il modello primary nursing: un'esperienza di studio attraverso le Comunità di Pratica (CdP)"

Anelli Catia, Bianucci Beatrice, Cini Lorenzo, Dinucci Stefania, Landi Cristina, Mariani Antonella, Orlandi Anna, Vettori Giovanna, Bertolotti Laura.

"Le buone pratiche nell'ambito territoriale di Lucca" - Bertolini Maria Paola.

**Ore 11,00: PAUSA**

**Ore 11,15:**

"La cartella integrata informatizzata" - Valleroni Uliana.

**Ore 11,45:** Discussione.

**Ore 13,45:** Conclusioni.

**Ore 14,00:** Test di apprendimento e di gradimento.

**Ore 14,15:** Chiusura del Congresso.

## XI CONGRESSO PROVINCIALE IPASVI LUCCA 12 MAGGIO 2017 • GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE



### RELAZIONE DELLA PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI LUCCA

di Maria Cristina Orsi

Il tema della Giornata Internazionale degli Infermieri 2017 è: "Infermieri: una voce che guida per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile".

"Utopia? Idealismo? Sogno? - dice Cecilia Sironi Presidente della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i (CNAI) - ...per quale ragione gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) dovrebbero interessare gli Infermieri?".

Condivido quanto afferma la Cecilia Sironi, dicendo che gli Infermieri hanno un enorme patrimonio culturale, professionale e umano.

**Sono 439.860 gli Infermieri italiani** che, ogni giorno, mettono in campo le loro competenze "...per garantire un'assistenza ai Cittadini con sempre meno risorse...".

Certo "...sulle modalità impiegate per «far sentire», per essere leader, per incidere creando alleanze con le comunità locali, ma anche con chi prende le decisioni, abbiamo ancora molto da imparare...

Proviamo a *trasmettere i nostri valori professionali a quanti prendono le decisioni, affinché ci sia più equità e giustizia nell'impiego delle risorse: è un nostro dovere etico!*

Espongo il documento, predisposto dall'International Council of Nurses (ICN), per questa Giornata: è estremamente interessante. Infatti, oltre a **presentare gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e a spiegare perché gli Infermieri devono esserne i maggiori sostenitori**, (l'International Council of Nurses, ndr) **presenta una serie di «case study»** che esemplificano la loro realizzazione in tutto il mondo.

Lo studio si conclude, nella terza parte, con

*una riflessione su come essere una voce che guida da guida alla realizzazione di questi obiettivi.*

"Non c'è mai stato un momento in cui le voci degli Infermieri siano state più urgentemente necessarie agli alti livelli nella definizione delle politiche e della presa di decisioni di quanto lo siano ora" dice **Judit Shamian**, Presidente ICN.

### 1.1 GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE E LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Perché gli Infermieri dovrebbero interessarsi agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs)?

"C'è un mondo di apatia là fuori. Ogni singolo giorno accadono molte cose che non sono giuste. Mentre sei chiamato a scegliere la tua battaglia è veramente importante che, quando incontri cose che non sono giuste, tu prenda una posizione a riguardo..."afferma **Maria Salmon**, Former Chief Nursing Officer, US Department of Health and Human Services

E questo mondo è:

### 1.2 UN MONDO DI DISUGUAGLIANZE

Fattori sociali come:

- l'istruzione,
  - lo stato occupazionale,
  - il reddito,
  - il genere,
  - l'etnia
- hanno un'influenza diretta su quanto una persona è sana.

"Sii il cambiamento che desideri vedere nel mondo" disse Mahatma Gandhi.





## GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE SALUTO DELLA PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI LUCCA

di Maria Cristina Orsi - segue dalle pagine precedenti

i2

i3

XI congresso provinciale ipasvi lucca

**Questo vuol dire che agli Infermieri chiediamo di fare di più?** Crediamo davvero gli Infermieri riescano a risolvere tutti i problemi del mondo, quando sono già gravati di lavoro, sottopagati, a corto di risorse e stremati?

Io dico che:

“Lo stiamo già facendo! Questo è ciò che vogliamo dimostrare quest'anno festeggiando le conquiste degli Infermieri.

Ciò che gli Infermieri stanno facendo è già di aiuto al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (*Sustainable Development Goals, SDGs*).

Ma:

### 1.3 QUALI SONO GLI OBIETTIVI PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE?

Sono 17 e sono elencati qui di seguito:

- povertà zero
- fame zero, migliorare la nutrizione
- salute e benessere
- istruzione di qualità
- uguaglianza di genere
- acqua pulita e igiene
- energia pulita e accessibile
- lavoro dignitoso e crescita economica
- industria, innovazione e infrastrutture
- ridurre le disuguaglianze
- città e comunità sostenibili
- consumo e produzione responsabili
- agire per il clima
- la vita sott'acqua
- la vita sulla terra
- pace, giustizia e istituzioni forti
- partnership per gli obiettivi.

### 1.4 PERCHÉ GLI INFERMIERI DOVREBBERO INTERESSARSI AGLI OBIETTIVI DI UNO SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGS)?

Ci sono **quattro buoni motivi per farlo**:

- Gli Infermieri assistono gli altri e l'Assistenza Infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la cura degli ammalati fisici, mentali e delle persone disabili di tutte le età, in tutti i contesti sanitari e di comunità.
- È la cosa giusta da fare, perché gli Infermieri dispongono delle conoscenze per creare un mondo più sano e migliore, rivolto ad ottenere la GIUSTIZIA SOCIALE.
- Il cambiamento è possibile perché il progresso è possibile e gli Infermieri possono esserne i promotori.
- Si tratta della nostra salute, di migliorare la vita delle persone, delle nostre comunità, delle nostre famiglie e il nostro benessere stesso.

### 1.5 OPPORTUNITÀ PER GLI INFERMIERI

*La salute e il benessere sono influenzati profondamente da guerre e instabilità, incertezze economiche, disparità di reddito, aumento del divario fra ricchi e poveri.*

Come Infermieri, sappiamo che dare salute non significa solo erogare Servizi sanitari, ma che dobbiamo affrontare anche le cause sociali, economiche e politiche dei problemi che vediamo.

Gli Infermieri che lavorano in ambito clinico sono in una posizione privilegiata perché sono i veri testimoni di queste realtà.

Come Infermieri abbiamo un ruolo davvero importante da giocare. **La nostra voce è la voce delle persone, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità con i quali lavoriamo.**

**La nostra voce** è la voce di più di 20 milioni di Infermieri in tutto il mondo.

Il nostro obiettivo è alzare quella voce per... raggiungere gli obiettivi di uno sviluppo sostenibile.

Il contributo degli Infermieri è possibile, sia sul piano delle cure dirette, sia a livello decisionale sulle politiche sanitarie e di sviluppo.

### Come possiamo essere Infermieri con una voce che guida?

A ogni livello, gli Infermieri hanno un ruolo importante da giocare nella *valutazione dei bisogni, nella progettazione risposte cliniche adeguate, nel fornire assistenza, o nel valutarne la ricaduta, attraverso i risultati e l'efficacia degli interventi adottati.*

### Ci sono tre modi per essere una voce che guida:

1. **esserlo come Persona**
2. **esserlo come Professionista**
3. **esserlo come Team Multiprofessionale**

#### 1) Esserlo come Persona

*Il cambiamento parte da noi.* La nostra voce può fare la differenza. Non è solo l'Infermiere Coordinatore che assume un ruolo guida e stimola i cambiamenti per migliorare le nostre realtà.

La nostra può essere una leadership di processo e non solo una posizione. La leadership, infatti, è legata alla RESPONSABILITÀ SOCIALE e all'essere BUONI CITTADINI. La leadership si connette con le RESPONSABILITÀ ETICHE e PROFESSIONALI degli Infermieri per sostenere il DIRITTO dell'uomo alla SALUTE. Ecco cosa significa ESSERE UNA VOCE CHE GUIDA COME PERSONA. Perché

#### Gli Infermieri:

- sono in prima linea e collaborano con i Pazienti, usando la loro INFLUENZA per metterli nelle condizioni di poter cambiare in modo positivo.

*Hanno precise conoscenze nell'arte della PERSUASIONE (relazione e negoziazione). Esercitano la loro INFLUENZA anche fra Colleghi, Medici, Ostetriche ed altri Operatori della Sanità e verso coloro che sono coinvolti nella definizione delle politiche, nel management ecc.*

#### 2) Esserlo come Professionista

Appartenendo a un GRUPPO/FAMIGLIA PROFESSIONALE con un suo mandato. Il Collegio IPASVI è il GRUPPO/FAMIGLIA PROFESSIONALE di APPARTENENZA con un suo mandato specifico e una sua modalità di agire dettata dal CODICE DEONTOLOGICO (ora in fase di revisione).

Occorre lavorare insieme, cercando di unire la Professione ed essere "UNA SOLA VOCE PER GUIDARE". Il successo, infatti, arriva quando gli Infermieri lavorano insieme a tutti i livelli per essere coinvolti attivamente nel processo politico.

#### 3) Esserlo come Team Multiprofessionale

La voce degli Infermieri DEVE ESSERE UDITA facendo parte di un TEAM MULTIDISCIPLINARE di Professionisti Sanitari. Ad esempio, insieme alla Federazione Nazionale dei Medici, dei Farmacisti, dei Fisioterapisti ecc.

Il LAVORO di SQUADRA e la COMUNICAZIONE tra PROFESSIONI è **essenziale**, per fornire un'Assistenza che abbia davvero al centro la persona. Solo lavorando in modo collaborativo potremo agire POSITIVAMENTE sulle politiche sanitarie locali, regionali, nazionali e sulla salute delle persone.

**BUONA FESTA A TUTTI GLI INFERMIERI!!**

Maria Cristina Orsi  
Dottore Magistrale  
Presidente Collegio IPASVI di Lucca



infermieri per lo sviluppo sostenibile



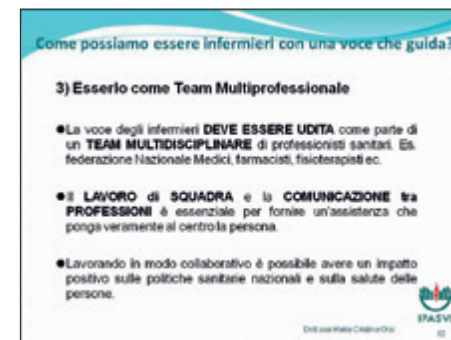
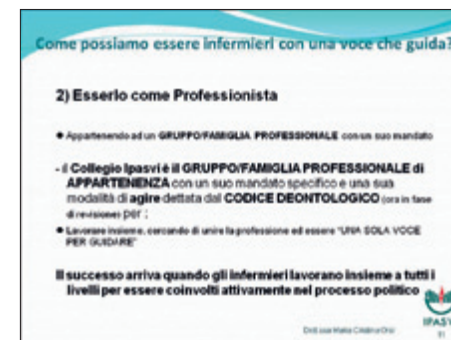
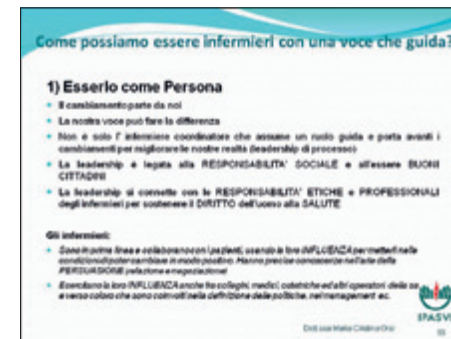
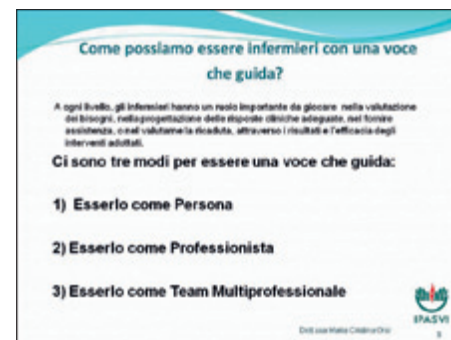
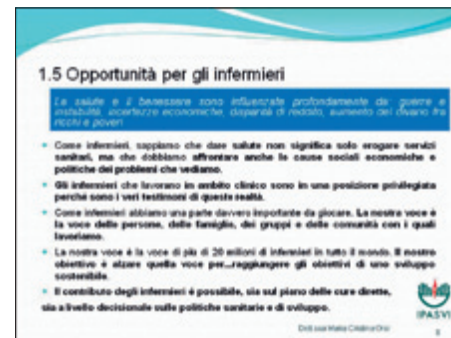
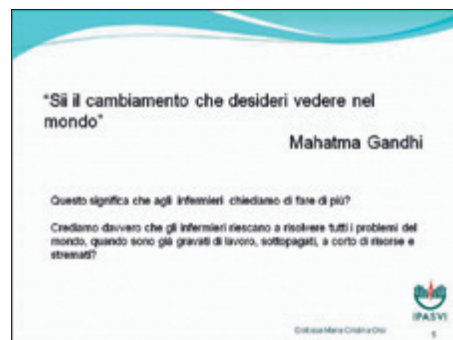
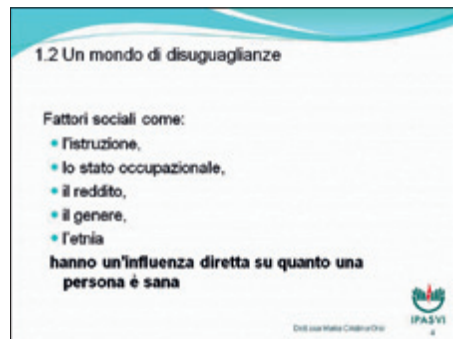
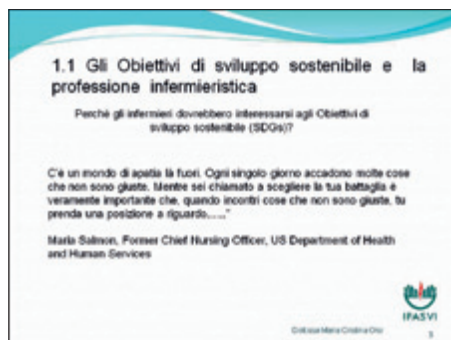


GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE  
SALUTO DELLA PRESIDENTE : LE SLIDES

di Maria Cristina Orsi - segue dalle pagine precedenti

XI congresso provinciale ipasvi lucca

infermiere per lo sviluppo sostenibile





# ESPERIENZE DI ECCELLENZA INFERMIERISTICA SVILUPPO DELL'INFERMIERISTICA ASL NORD OVEST TOSCANA

di Chiara Pini



Dott.ssa Chiara Pini  
Dirigente Infermieristico  
ASL Area Nord Ovest Toscana



i6

i7

XI congresso provinciale ipasvi lucca

La dott.ssa Chiara Pini, Direttore Infermieristico della ASL Nord-Ovest Toscana, ha relazionato sulle Eccellenze Infermieristiche presenti nell'ambito territoriale di Lucca e della Versilia, facendo anche riferimento alle esperienze italiane e internazionali. Erano presenti i Direttori Infermieristici degli ambiti territoriali della Versilia dott.ssa Anna Reale e di Lucca dott.ssa Luciana Traballoni che hanno portato il loro saluto. Seguono le slide, preparate dalla dott.ssa Pini, proiettate durante la sua relazione.

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico:**  
alcuni numeri in sintesi

Livorno	1290	7282
Bassa Val di Cecina	401	
Val di Cornia	393	
Elba	206	
Apuane	1154	
Lunigiana	306	
Pisa	236	
Valdera	668	
Alta Val di Cecina	194	
Valle del Sanchio	290	
Piana di Lucca	1674	
Versilia	1678	

9 Dirigenti  
84 Posizioni Organizzative  
265 Coordinatori

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico gestionale**

- Assegnazione Giuridica
- Responsabilità L.81
- Riferimento aziendale per assunzioni
- Gestione mobilità intra-aziendale
- Datawarehouse personale assegnato

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico**

Incontro con le posizioni organizzative infermieristiche ed ostetriche  
Giovedì 3 novembre 2016  
73 partecipanti

Incontri con i coordinatori infermieristici ed ostetrici  
Giovedì 10 novembre 2016  
Giovedì 24 novembre 2016  
Giovedì 7 dicembre 2016  
255 partecipanti



**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico**

*Proseguo:*

Sinergie, sviluppo risorsa professionale, efficienza appropriatezza

Responsabilità, autonomia professionale e presa in carico

Valorizzazione competenze di base e specialistiche, formazione permanente e ricerca

Collaborazione continua e costante con altri professionisti

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico professionale**

Documentazione del processo assistenziale

Presa in carico personalizzata

Implementazione modelli innovativi

Promozione e adozione Buone Pratiche

Misurazione Esiti

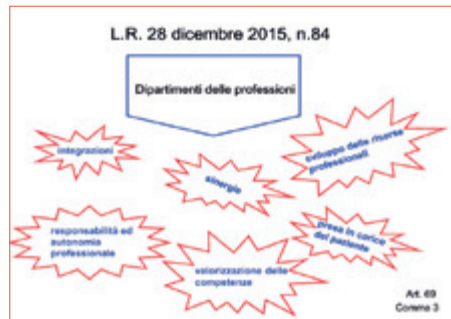
Orientamento su modalità assistenziali comuni e condivise attraverso approcci diffusi e coerenti

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico**

Incontri con gli infermieri, le ostetriche e il personale di supporto

Novembre 2016 - gennaio 2017

4382 65 %



**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico**

*Garantisco:*

l'analisi e la soddisfazione dei bisogni assistenziali attraverso la presa in carico, la continuità assistenziale e l'integrazione interprofessionale

l'applicazione del processo di programmazione, pianificazione gestione e valutazione dell'assistenza infermieristica e ostetrica basata su criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza e pertinenza

l'operatività dei professionisti afferenti mediante un'appropriata allocazione e la condivisione delle conoscenze a favore di processo di crescita continua, ricercando la migliore qualità per la persona in cura, la famiglia e la collettività

**Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico manageriale**

Orientamento delle competenze e delle presenze di personale in relazione all'effettivo bisogno

*Presse in carico:*

In ospedale: infermiere tutor assistenziale garante del processo di assistenza

Nel territorio: infermiere di riferimento garante del processo di assistenza assegnato in relazione al MMG secondo il modello dell'infermieristica di comunità.

In emergenza urgenza: postazioni PET - Punti di Primo Soccorso (See&Treat)



**Ausl Toscana nord-ovest: alcuni numeri in sintesi**

- 13.214 dipendenti
- oltre 2 miliardi di euro di budget
- Popolazione residente 1.286.552
- 13 stabilimenti ospedalieri
- 11 P.O.
- 7 Case di Cura Private
- 3.024 - Posti letto complessivi (di cui 2588 pubblici + 436 privati accreditati)
- 12 zone distretto



...ma in pratica ?



infermieri per lo sviluppo sostenibile





## ESPERIENZE DI ECCELLENZA INFERMIERISTICA SVILUPPO DELL'INFERMIERISTICA ASL NORD OVEST TOSCANA

di Chiara Pini - segue dalle pagine precedenti

i8

XI congresso provinciale ipasvi lucca

### Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico

**Obiettivo:** costituire gruppi di lavoro dei coordinatori infermieristici coordinati da alcune delle rispettive PPOO con il mandato di effettuare una analisi organizzativa e qualitativa dei processi e una proposta di indicatori per la misurazione degli esiti assistenziali.



### Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico L'incontro dei coordinatori e Posizioni organizzative con il Direttore Generale del 12 aprile 2017

Tavoli costruiti per settori di attività comuni  
20 tavoli di discussione  
339 partecipanti

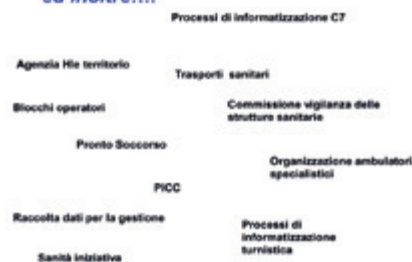
**Obiettivi dei tavoli**

Fai due esempi di percorsi (best practice) attivi nel tuo settore da sviluppare a livello aziendale

Quali strumenti proposti per omogeneizzare in tutta l'Azienda i percorsi del tuo settore?



### ed inoltre....



### Il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico



## IL MODELLO DI PRIMARY NURSING : ESPERIENZA DI STUDIO ATTRAVERSO LE COMUNITÀ DI PRATICA

di Catia Anelli



i9

infermiere per lo sviluppo sostenibile

Per parlare della nostra Comunità di Pratica (CdP), è necessario partire presentandone la storia, la struttura del percorso di formazione, l'avvio, il modello teorico e i risultati ottenuti con questa CdP.

L'argomento trattato e sviluppato attraverso la CdP è il modello del **Primary Nursing**.

Gli Infermieri che hanno costituito questo gruppo sono: **Anelli Catia, Bertolotti Laura, Bianucci Beatrice, Cini Lorenzo, Dinucci Stefania, Landi Cristina, Mariani Antonella, Orlandi Anna, Vettori Giovanna.**

Abbiamo pensato a questo percorso, come supporto della gestione della conoscenza, avvalendoci della *Comunità di Pratica (CdP) come strategia di apprendimento per la creazione di una rete di professionisti Infermieri che si confrontano sul modello del Primary Nursing.*

Il tutto ha inizio con l'invito arrivato al Collegio IPASVI di Lucca, per partecipare a un Corso di formazione dal titolo "Primary Nursing: un approccio relazionale focalizzato sul Paziente" che si è svolto il 21 Maggio 2016 a Reggio Emilia.

Su incarico del Collegio IPASVI di Lucca, hanno partecipato a questo percorso formativo alcune delle Colleghe del Gruppo di lavoro, individuate dalle Dirigenti Infermieristiche aziendali, Luciana Traballoni e Anna Reale, che dovevano rappresentare il Territorio del Collegio Provinciale IPASVI di Lucca, dalla Media Valle a Viareggio.

Successivamente c'è stato un incontro al Collegio, dove i Colleghi hanno portato i resoconti della formazione effettuata, dimostrando interesse e motivazione legata al modello di Primary Nursing.

Questo ci ha fatto riflettere sul fatto che, condividere un problema o una passione per qualcosa che facciamo per imparare a farlo meglio interagendo regolarmente con il Gruppo, è sicuramente un valore aggiunto per la Professione Infermieristica ed è stata questa,

la motivazione che ha portato alla Costituzione di una Comunità di Pratica (CdP).

Il Gruppo di studio/lavoro si è incontrato ed ha deciso di lavorare in *e-learning*, avendo come supporto la piattaforma di Oriente web.

Siamo partiti dalla *definizione del modello Primary Nursing, attraverso il Brainstorming*, sono stati discussi i contenuti e individuati gli argomenti da trattare.

Successivamente, è stata elaborata una *mappa concettuale* affidando a ciascun partecipante del Gruppo un tema da sviluppare.

Ciascun partecipante ha effettuato una ricerca bibliografica di documenti e di materiale relativo all'argomento, analizzandoli ed inserendoli sulla piattaforma per la condivisione con il gruppo.

*Questo percorso formativo è partito, ovviamente, da un progetto formativo ben definito che ha attivato le CdP.*

### MA COSA È UNA COMUNITÀ DI PRATICA?

Le Comunità di Pratica sono **comunità di interazione informale, di limitate dimensioni, che vanno oltre i confini di Sezione, di Area e di Divisione nell'Organizzazione, i cui membri condividono conoscenza, expertise professionale, modalità di azione e interpretazione della realtà in cui operano, hanno frontiere che non sempre coincidono con quelli che sono i confini istituzionali di una Azienda.**

### All'interno delle CdP ci sono 3 dimensioni interconnesse

- **L'Ambito tematico** - è il campo tematico che crea un contesto e un comune senso di identità, differenzia i membri dai non-membri e legittima la Comunità;
- **la Comunità** - è la struttura sociale che facilita la creazione di nuova conoscenza, condivisa e capitalizzata attraverso l'interazione;



## IL MODELLO DI PRIMARY NURSING ESPERIENZA DI STUDIO ATTRAVERSO LE COMUNITÀ DI PRATICA

di **Catia Anelli** - segue dalle pagine precedenti

i 10

XI congresso provinciale ipasvi lucca

- la **Pratica** – è la specifica conoscenza (*anche in forma di "prodotti"*) che è generata, sviluppata e mantenuta dalla Comunità.

### Orientamenti dell'interazione

- Comunicazione:** conoscenza reciproca, capire come lavoriamo insieme, riflettere sui processi comunicativi e meta comunicativi.
- Condivisione:** identificazione degli interessi e risorse in comune.
- Collaborazione:** azione comune per obiettivi, problemi o prodotti separati (*apprendimento collaborativo*).
- Cooperazione:** azione comune per un obiettivo, problema o prodotto comune (*apprendimento cooperativo*) che portano alla generazione e capitalizzazione.

### Elementi chiave della CdP

- Interdipendenza** positiva,
- Interazione** faccia-a-faccia (anche on line)
- Affidabilità** individuale e di gruppo
- Apprendimento** di competenze interpersonali e di gruppo
- Analisi** dei processi del gruppo.

Il vero motore di una **Comunità di Pratica** è l'**esigenza**, percepita dai suoi Membri e negoziata all'interno della Comunità di portare a termine un'iniziativa comune, intesa come tale e negoziata nei suoi diversi aspetti il cui valore supera i confini dei personali interessi dei membri.

### I Membri della Comunità sono le figure di riferimento

- gli **Utenti** dell'organizzazione che aderiscono alla Comunità di Pratica;
- gli **Sponsor:** sono figure di riferimento che vengono coinvolte all'interno delle Comunità in qualità di garanti della fiducia e di creatori di consenso;
- i **Facilitatori:** sono membri dell'Organizza-

zione che si occupano di stimolare la nascita e la crescita della Comunità, identificando le comunità potenziali, selezionando gli sponsor, favorendo la nascita delle Comunità e gestendo le tecnologie di supporto.

La CdP dura fino a quando c'è l'interesse a rimanere nella Comunità.

### Benefici che derivano dalla CdP a più livelli

- a **livello Individuale** *Rafforzamento delle competenze dei lavoratori e delle loro attitudini a leggere le strategie d'impresa;*
- a **livello di Azienda** *Studio e miglioramento della strategia, dei prodotti e dei Servizi;*
- a **livello di Gruppo e Settore** *Sviluppo di Sinergie e Soluzioni verso problemi particolari in un'ottica più ampia di Best practices.*

### I RISULTATI

La nostra CdP ha permesso al Gruppo, di ampliare le conoscenze personali e professionali, acquisendo una maggiore consapevolezza delle potenzialità di questo metodo di studio/lavoro attraverso la piattaforma e-learning.

Questa esperienza formativa, ha dato consapevolezza ai partecipanti che, ciascun Professionista, può dare un' importante contributo personale, nell'ambito delle conoscenze professionali infermieristiche, attraverso la partecipazione, la condivisione e il confronto nel Gruppo di Lavoro.

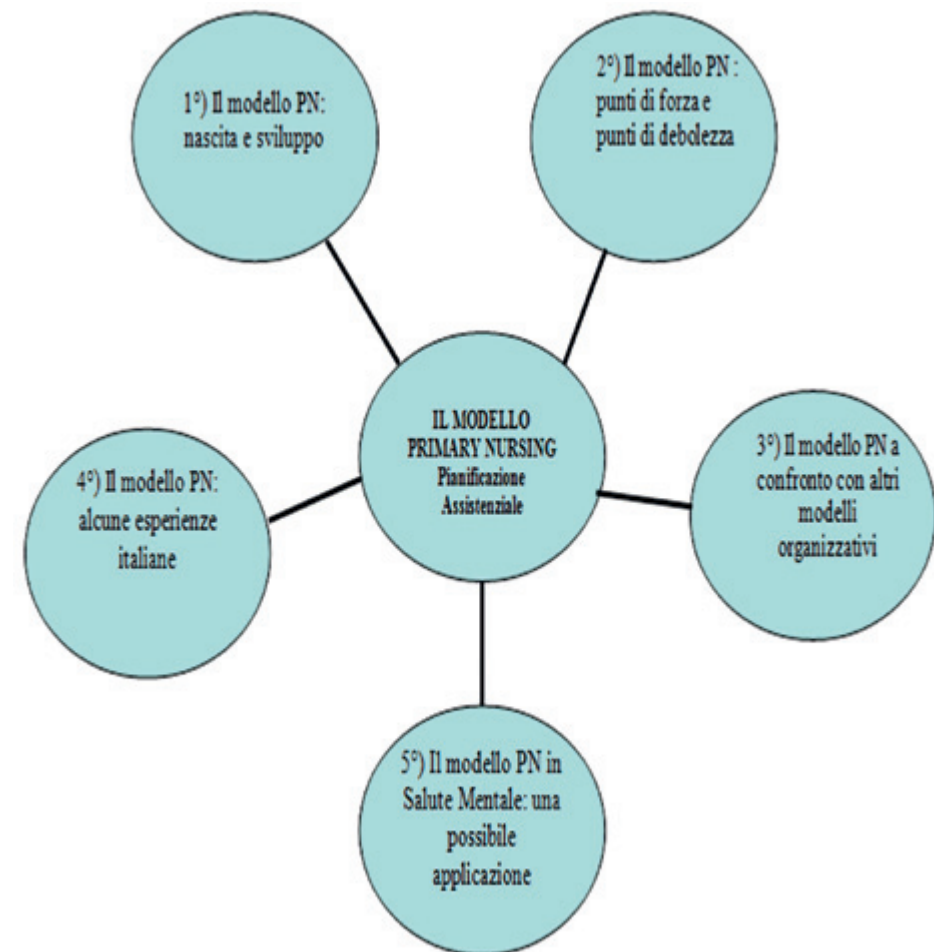
Si è compreso come con la vicinanza intellettuale, il lavoro di équipe, sia in grado di amplificare e condividere le fonti del sapere e dell'esperienza, portando ad elevati livelli di competenza, con ricadute significative, sulla qualità assistenziale quotidiana.

La partecipazione al gruppo della CdP è stata un importante stimolo per ciascuno, anche per l'implementazione dell'uso di strumenti informatici.

### Punti di debolezza della nostra CdP

Si sono rilevate alcune difficoltà pratiche legate all'inserimento di alcuni documenti, inoltre ai partecipanti è mancato il tempo e chiedono la possibilità di ripetere l'utilizzo di questa modalità formativa e di lavoro.

### MAPPA CONCETTUALE



i 11

infermiere per lo sviluppo sostenibile

i 11





## IL MODELLO DI PRIMARY NURSING ESPERIENZA DI STUDIO ATTRAVERSO LE COMUNITÀ DI PRATICA

di **Catia Anelli** - segue dalle pagine precedenti

i 12

XI congresso provinciale ipasvi lucca

Il primo argomento affrontato dalla CdP è la nascita e lo sviluppo del modello PN. L'argomento è stato trattato dalle colleghe **Antonella Mariani** e **Anna Orlandi** di Castelnuovo Garfagnana.

Negli anni '50, a seguito di un'impennata dell'evoluzione del Sistema Infermieristico a causa dell'esperienza assistenziale legata alla 2° guerra mondiale che ha portato alla necessità di avere personale preparato e in gran numero, vengono sperimentati molti approcci diversi (cfr, *Team Nursing*) che si basano su due principi:

- Il **PAZIENTE** e i suoi bisogni come centro focale di tutta l'esperienza assistenziale,
- la rivalutazione del Ruolo dell'Infermiere come Professionista responsabile che decide, studia e coordina tutte le fasi dell'Assistenza.

Il **Primary Nursing**, un nuovo modello che in parte si basa sui modelli esistenti, ma li migliora, viene introdotto da **Marie Manthey**, teorizzatrice del modello.

Grazie a un ricovero in Ospedale quando era piccola e a un'Infermiera che la accudiva, **Marie** si rese conto che il sistema assistenziale andava riformato. **Marie** decise di intraprendere questa strada: si diplomò e continuò i suoi studi in Infermieristica all'Università del Minnesota dove si laureò e iniziò a lavorare.

Ricoprendo vari ruoli all'interno del Sistema Sanitario e Amministrativo si rese conto delle problematiche esistenti e delle migliori attuabili.

### Il PN (Primary Nursing) prevede:

- **PRIMARY NURSE:** è l'Infermiere/a diplomato/a che è responsabile dell'accertamento, della pianificazione e della valutazione delle cure per il gruppo di Pazienti che gli è stato assegnato (fra i 3 ai 6 pazienti, di solito). Il Primary Nurse deve formulare il piano assistenziale, lo supervisiona, lo attua e delega le attività al Personale.
- **ASSOCIATE NURSE:** è l'Infermiere diplomato

collaboratore, colui o colei cioè che assiste i Pazienti seguendo il piano sviluppato dal Primary Nurse, se questi non è in servizio. Le sue responsabilità comprendono: rendere disponibili le informazioni del Paziente a chi deve prestare assistenza in modo chiaro, sottoforma di istruzioni che devono essere seguite; pianificare le dimissioni attraverso la lettera di dimissioni e contatto telefonico.

- **CAPOSALA:** è un vero e proprio leader con ruoli manageriali. È un'insegnante, deve formare i suoi Collaboratori per metterli tutti sullo stesso piano; è un valutatore, deve approvare o meno le decisioni cliniche motivando la sua scelta; è una persona-risorsa, deve avere piene informazioni in caso si verificasse un problema clinico o gestionale. In più è responsabile dell'Assistenza erogata in Reparto e deve perciò conoscere vizi e virtù di Colleghi e Pazienti.

- **COMUNICAZIONE:** tutti, dal Personale con meno responsabilità al/la Caposala, devono comunicare sinceramente e costantemente per avere quante più informazioni possibili sui Pazienti e sull'andamento dell'assistenza.

Il **Primary Nursing** non propone niente di innovativo, semplicemente **assegna** nuovamente un ruolo alle parti coinvolte e pone il Paziente, con la sua storia clinica e personale al centro del Modello: non è lui/lei che deve adattarsi alla cura standard proposta, ma il contrario.

### PUNTI DI FORZA DEL MODELLO

- Rivalutazione del ruolo dell'Infermiere come Professionista responsabile
- Rivalutazione del ruolo del Paziente che torna al centro della pratica

### Punti di debolezza del Modello

- Il numero di Professionisti necessari per l'attuazione del Modello non coincide con i

tagli effettuati dalle varie politiche negli ultimi decenni in Italia.

- Impossibilità di formare un Gruppo Assistenziale che abbia competenze simili

Il secondo argomento affrontato dalla CdP è individuare i punti di forza e di debolezza del Modello e il confronto con altri modelli organizzativi.

L'argomento è stato trattato dalla collega Dott.ssa **Laura Bertolotti**, consigliera del Collegio IPASVI di Lucca.

Altro argomento trattato dalla Comunità di Pratica (CdP) è stato quello di analizzare e presentare alcune esperienze italiane di applicazione del Primary Nursing (PN).

L'argomento è stato trattato dai colleghi **Lorenzo Cini** e **Cristina Landi** di Viareggio, che hanno presentato l'esperienza di Grosseto e di Reggio Emilia.

Nell'Ospedale per Intensità di Cura l'approccio deve essere incentrato sul bisogno del singolo (presa in carico – Medico Referente): c'è piena responsabilità e autonomia professionale. Le Responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali, il passaggio ai "letti funzionali": utilizzo di moduli di ricovero aperti.

Si deve rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai Cittadini graduando l'intensità delle cure, commisurando le risorse.

Il Personale Infermieristico che lavora ancora per funzioni, con un lavoro in équipe di Medici, Infermieri ed altri addetti all'assistenza; si deve pensare al cambiamento come una opportunità.

- **Rispondere** in maniera efficiente ed efficace ai bisogni/problemi di salute della persona.
- **Definire la specifica competenza professionale e rendere visibili e misurabili i risultati delle cure infermieristiche.**

- **Assumere** come comunità infermieristica un ruolo centrale nel Sistema Sanitario Regionale.

### I punti chiave del cambiamento

- **Riorganizzazione del lavoro** incentivando il modello di assistenza personalizzata per una relazione empatica Infermiere /Paziente.
- **Adottare i modelli assistenziali del Primary Nursing e del Case Management; Introdurre l'utilizzo delle Tassonomie NNN** nella pianificazione assistenziale infermieristica per documentare il processo assistenziale e misurare i risultati infermieristici.
- **Standardizzare il linguaggio e i comportamenti**
- **Garantire la continuità assistenziale**
- **Facilitare l'integrazione multi professionale.**

### LA TESTIMONIANZA DI GROSSETO

#### Start up nel 2013

**Presidi Ospedalieri coinvolti:** Misericordia di Grosseto, Massamaritima, Orbetello e Pitigliano, Casteldel piano.

**Aree interessate:** area medica, chirurgica, terapie intensive e materno infantile.

I livelli di responsabilità multidisciplinari per funzioni di sostegno, supporto, monitoraggio, verifica dei risultati e revisione.

**Personale coinvolto:** (Infermieri e OSS) n°447. All'interno dei laboratori di Setting, creati nelle Aree funzionali interessate dal Progetto della presa in carico nei Setting ospedalieri, sono stati utilizzati manuali operativi e strumenti cartacei ed informatizzati per pianificare l'Assistenza scindendo la parte gestionale clinica e infermieristica.

Il fine di rendere misurabile l'operato dei Sanitari ha permesso di razionalizzare le risorse disponibili ampliando il Progetto di presa in carico.

E' stato condotto anche uno Studio osservazionale in Area Medica per una valutazione di impatto e proposte di sviluppo.

infermieri per lo sviluppo sostenibile

i 13





## IL MODELLO DI PRIMARY NURSING ESPERIENZA DI STUDIO ATTRAVERSO LE COMUNITÀ DI PRATICA

di **Catia Anelli** - segue dalle pagine precedenti

### Punti di forza

- Migliora l'Assistenza alla persona
- Permette di elaborare un piano assistenziale
- Introduce la figura dell'Infermiere referente
- Rende tracciabili gli interventi e gli esiti

### Punti di debolezza

- Snellire la burocrazia
- Non si integra con i tempi di attività del Setting
- Necessita di formazione continua.

## L'ESPERIENZA DI REGGIO EMILIA

### Il cammino percorso

- **la formazione 1**, la condivisione del significato di progettazione dell'Assistenza e delle modalità di nomina dei problemi assistenziali, la dichiarazione dei risultati attesi e degli indicatori di misurazione,
- **la formazione 2**, l'esplicitazione degli interventi assistenziali possibili e appropriati, l'accordo sulle caratteristiche dello strumento per rendere evidente il processo di pensiero utilizzato.

### Attuazione

**Contesto di applicazione:** neurologia, oncologia.

**Addestrare** all'utilizzo del pensiero diagnostico mentre si dà pratica attuazione alla presa in carico della persona e della sua famiglia secondo principi e modalità del modello Primary Nursing nei Setting laboratorio delle due aree interessate.

**Una persona responsabile dell'assistenza erogata** 24 ore su 24, 7 giorni su 7 attraverso la progettazione dell'Assistenza.

### Il ruolo del Coordinatore

Attribuzione dei Pazienti (secondo il *Case method*). Coaching/supporto nell'esplicita-

zione del pensiero diagnostico e nella capacità di fare previsioni.

### I primi risultati

- **La percezione degli Infermieri è stata positiva** per la relazione instaurata con il Paziente e la sua famiglia.
- **I Pazienti si sono sentiti protetti.**
- **I familiari sono rimasti più tranquilli vedendo i loro cari seguiti passo passo.**

Ultimo argomento trattato dalla CdP è stata l'applicazione del Case Management in salute mentale.

*L'argomento è stato sviluppato dalle colleghe **Beatrice Bianucci, Stefania Dinucci, Giovanna Vettori.***

Si inizia partendo dal PN fino ad arrivare alla sua evoluzione, cioè al **Case Management** o Primary Nursing di secondo livello.

Per una presa in carico del Paziente psicotico è necessario conoscere quali sono i disturbi di questi soggetti: la paura della relazione, la diffidenza, la negazione del bisogno.

Con il modello Case Manager, si garantisce la presa in carico del Paziente, un accompagnamento nell'ambiente di vita, una maggior protezione e una gestione più attiva del caso.

**L'équipe:** Clinico terapeutica, Assistenziale, Integrazione dell'approccio multi professionale, Intermediazione Sociale.

**Il Case Manager** deve avere capacità empatica, interrelazione, capacità organizzativa, senso di responsabilità.

Un insieme di rapporti fra più Operatori da attivare e mantenere per tutelare la salute, attraverso l'integrazione, il coordinamento, la continuità assistenziale.

**Questa rete di presa in carico, porta a dei risultati importanti:** la riduzione dei ricoveri, l'aumento della soddisfazione infermieristica, l'aumento della soddisfazione dei Pazienti, un miglior uso dei Servizi.

### Il Case Manager e il Cittadino

Sviluppa aspettative realistiche. Identifica le proprie risorse. Identifica obiettivi di assistenza. Riconosce i suoi valori nel determinare gli Obiettivi. Analizza i modi per realizzare gli Obiettivi.

E' necessario orientare l'offerta in termini di soddisfazione del Cittadino.

Seguono le diapositive che hanno accompagnato la relazione di **Catia Anelli**.



# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING ESPERIENZA DI STUDIO ATTRAVERSO LE COMUNITÀ DI PRATICA

di *Catia Anelli* - segue dalle pagine precedenti

XI congresso provinciale ipasvi lucca

infermiere per lo sviluppo sostenibile

**Mappa concettuale:**

- Elaborazione una mappa concettuale, affidando a ciascun partecipante del gruppo un tema da sviluppare.
- ricerca di documenti e di materiali relativi all'argomento, analizzandoli ed inserendoli sulla piattaforma per la condivisione con il gruppo

**La struttura del percorso di formazione e l'avvio della CdP:**

**Cos'è una comunità di pratica:**

- Le Comunità di Pratica sono comunità di interazione informale
- Di limitate dimensioni, che vanno oltre i confini di sezione, di area e di divisione nell'organizzazione.
- Il cui membri condividono conoscenza, expertise professionale, modalità di azione e interpretazione della realtà in cui operano.
- hanno frontiere che non sempre coincidono con quelli che sono i confini istituzionali di una Azienda

**Tre dimensioni interconnesse:**

- Ambito tematico** - è il campo tematico che crea un contesto e un comune senso di identità, differenzia i membri dai non-membri e legittima la comunità.
- Comunità** - è la struttura sociale che facilita la creazione di nuova conoscenza, condivisa e capitalizzata attraverso l'interazione.
- Pratica** - è la specifica conoscenza (anche in forma di "prodotti") che è generata, sviluppata e mantenuta dalla comunità.

**Interazione orientata a:**

- Comunicazione:** conoscenza reciproca, capire come lavoriamo insieme, riflettere sui processi comunicativi e metacomunicativi
- Condivisione:** identificazione degli interessi e risorse in comune
- Collaborazione:** azione comune per obiettivi, problemi o prodotti separati (apprendimento collaborativo)
- Cooperazione:** azione comune per un obiettivo, problema o prodotto comune (apprendimento cooperativo)

Generazione e capitalizzazione

**I 5 elementi chiave:**

- Interdipendenza positiva
- Interazione faccia-a-faccia (anche on line)
- Affidabilità individuale e di gruppo
- Apprendimento di competenze interpersonali e di gruppo
- Analisi dei processi del gruppo

**Il vero motore di una Comunità di Pratica è l'esigenza,**

- percepita dai suoi membri e negoziata all'interno della comunità
- di portare a termine un'iniziativa comune, intesa come tale e negoziata nei suoi diversi aspetti
- il cui valore supera i confini dei personali interessi dei membri.

**Le figure di riferimento :**

- Membri della comunità:** sono gli utenti dell'organizzazione che aderiscono alla comunità di pratica;
- Sponsor:** sono figure di riferimento che vengono coinvolte all'interno delle comunità in qualità di garanti della fiducia e di creatori di consenso;
- Facilitatori:** sono membri dell'organizzazione che si occupano di stimolare la nascita o la crescita della comunità, identificando le comunità potenziali, selezionando gli sponsor, favorendo la nascita delle comunità e gestendo le tecnologie di supporto.
- Dura** fino a quando c'è l'interesse a rimanere nella comunità

**Benefici delle Comunità di pratica**

- A livello Individuale**  
*Rafforzamento delle competenze dei lavoratori e delle loro attitudini a leggere le strategie d'impresa*
- A livello di Azienda**  
*Studio e miglioramento della strategia, dei prodotti e dei servizi*
- A livello di gruppo e settore**  
*Sviluppo di Sinergie e Soluzioni verso problemi particolari in un'ottica più ampia di Best practices.*

**I risultati**

- Consapevolezza dei partecipanti che, ciascuno professionista, può dare un importante contributo personale, nell'ambito delle conoscenze professionali infermieristiche, attraverso la partecipazione, la condivisione e il confronto nel gruppo di lavoro.
- Si è compreso come con la vicinanza intellettuale, il lavoro di equipe, sia in grado di amplificare e condividere le fonti del sapere e dell'esperienza, portando ad elevati livelli di competenza, con ricadute significative, sulla qualità assistenziale quotidiana.
- La partecipazione al gruppo della CdP è stata un importante stimolo per ciascuno, anche per l'implementazione dell'uso di strumenti informatici.

**Punti di debolezza:**

- Si sono rilevate alcune difficoltà pratiche legate all'inserimento di alcuni documenti.
- Ai partecipanti è mancato il tempo e chiedono la possibilità di ripetere l'utilizzo di questa modalità formativa e di lavoro.

**Auguri a tutti gli Infermieri...**

*Dottore Magistrale Catia Anelli  
Vicepresidente Consiglio Direttivo  
Responsabile Progetti Formativi e Sistema Formativo  
Collegio IPASVI Lucca  
Professore a contratto Università di Pisa*







# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING NASCITA E SVILUPPO

di Antonella Mariani e Anna Orlandi

i 18

i 19

La relazione presentata da Antonella Mariani e Anna Orlandi verte sulle esigenze nate all'indomani della Seconda Guerra Mondiale che hanno portato alla nascita e allo sviluppo della Primary Nursing ovvero la necessità di avere personale infermieristico preparato e in gran numero.

**PRIMARY NURSING**  
**Nascita e sviluppo**

Antonella Mariani  
Anna Orlandi

Marie decide di intraprendere questa strada: si diploma e continua i suoi studi in infermieristica all'università del Minnesota dove si laurea e inizia a lavorare.

Ricoprendo vari ruoli all'interno del sistema sanitario e amministrativo si rende conto delle problematiche esistenti e delle migliori attuabili

XI congresso provinciale ipasvi lucca

infermieri per lo sviluppo sostenibile

**Anni 50** → impennata dell'evoluzione del sistema infermieristico a causa dell'esperienza della Seconda Guerra Mondiale che ha portato la necessità di avere personale preparato e in gran numero.

Vengono sperimentati molti approcci diversi (cfr. Team Nursing) che si basano su due principi:

- Il **PAZIENTE** e i suoi bisogni come centro focale di tutta l'esperienza assistenziale
- La **RIVALUTAZIONE** del ruolo dell'Infermiere/a come professionista responsabile che decide, studia e coordina tutte le fasi dell'assistenza.

**PRIMARY NURSING: la struttura**

- PRIMARY NURSE:** è l'infermiere/a diplomato/a che è responsabile dell'accertamento, della pianificazione e della valutazione delle cure per il gruppo di pazienti che gli è stato assegnato (fra i 3 ai 6 pazienti di solito). Il Primary Nurse deve formulare il piano assistenziale, lo supervisiona, lo attua e delega le attività al personale.
- ASSOCIATE NURSE:** è l'infermiere diplomato collaboratore, colui o colei cioè che assiste i pazienti seguendo il piano sviluppato dal Primary Nurse se questi non è in servizio. Le sue responsabilità comprendono: rendere disponibili le informazioni del paziente a chi deve prestare assistenza in modo chiaro, sottoforma di istruzioni che devono essere seguite; pianificare le dimissioni attraverso la lettera di dimissioni e contatto telefonico.

**PRIMARY NURSING**  
Un nuovo modello che in parte si basa sui modelli esistenti, ma li migliora.

**Marie Manthey**  
Teorizzatrice del modello. Grazie a un ricovero in ospedale quando era piccola, e a un'infermiera che la accudisce, Marie si rende conto che il sistema assistenziale va riformato.

**CAPOSALA:** è un vero e proprio leader con ruoli manageriali. È un insegnante, deve formare i suoi collaboratori per metterli tutti sullo stesso piano; è un valutatore, deve approvare o meno le decisioni cliniche motivando la sua scelta; è una persona-risorsa, deve avere piene informazioni in caso si verificasse un problema clinico o gestionale. In più è responsabile dell'assistenza erogata in reparto, e deve perciò conoscere vizi e virtù di colleghi e pazienti.

**COMUNICAZIONE:** tutti, dal personale con meno responsabilità alla caposala, devono comunicare sinceramente e costantemente per avere quante più informazioni possibili sui pazienti e sull'andamento dell'assistenza.





IL MODELLO DI PRIMARY NURSING  
NASCITA E SVILUPPO

di Antonella Mariani e Anna Orlandi - segue dalle pagine precedenti

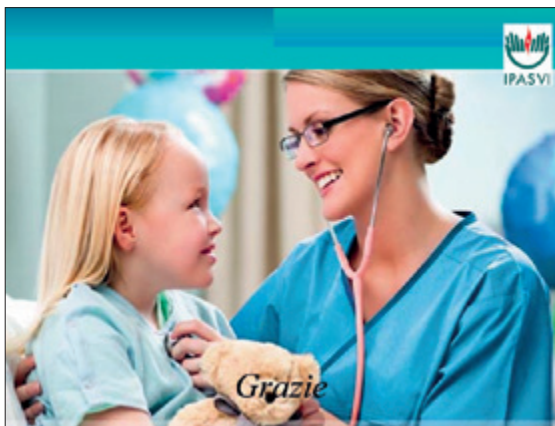
**"CURARE COME VORREMMO ESSERE CURATI"**

↓

**Il Primary Nursing non propone niente di innovativo, semplicemente assegna nuovamente un ruolo alle parti coinvolte e pone il paziente, con la sua storia clinica e personale al centro del modello: non è lui/lei che deve adattarsi alla cura standard proposta, ma il contrario.**

**PRO E CONTRO**

Rivalutazione del ruolo dell'infermiere come professionista responsabile	Il numero di professionisti necessari per l'attuazione del modello non coincide con i tagli effettuati dalle varie politiche negli ultimi decenni in Italia.
Rivalutazione del ruolo del paziente che torna al centro della pratica	E' impossibile formare un gruppo assistenziale che abbia competenze simili.



Dott.ssa Infermiera Antonella Mariani  
Territorio Valle del Serchio  
Area Territoriale Lucca - ASL Nord Ovest Toscana

Dott.ssa Infermiera Anna Orlandi  
Territorio Valle del Serchio  
Area Territoriale Lucca - ASL Nord Ovest Toscana



IL MODELLO DI PRIMARY NURSING  
GROSSETO E REGGIO EMILIA : DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

di Lorenzo Cini e Cristina Landi

Lorenzo Cini, coadiuvato da Cristina Landi, ha relazionato sull'applicazione del Primary Nursing confrontando l'esperienze di Grosseto e di Reggio Emilia.

**PRIMARY NURSING: due esperienze a confronto Grosseto e Reggio Emilia**

Cini Lorenzo, Landi Cristina

**L'ospedale per intensità di cure:**

- approccio incentrato sul bisogno del singolo, (presa in carico-medico referente).
- piena responsabilità e autonomia professionale,
- Le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali,
- passaggio ai "letti funzionali": utilizzo di moduli di ricovero aperti,
- rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini graduando l'intensità delle cure, commisurando le risorse .
- il personale infermieristico lavora per funzioni
- lavoro in equipe di medici, infermieri ed altri addetti all'assistenza.

**Cambiamento = Opportunità**

- Rispondere in maniera efficiente ed efficace ai bisogni/problemi di salute della persona
- Definire la specifica competenza professionale e rendere visibili e misurabili i risultati delle cure infermieristiche
- Assumere come comunità infermieristica un ruolo centrale nel Sistema Sanitario Regionale

**PUNTI CHIAVE PER IL CAMBIAMENTO**

**RIORGANIZZAZIONE DEL LAVORO INCENTIVANDO IL MODELLO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA PER UNA RELAZIONE EMPATICA INFERMIERE /PAZIENTE**

- Adottare i modelli assistenziali del Primary Nursing e del Case Management;
- Introdurre l'utilizzo delle Tassonomie NNN nella pianificazione assistenziale infermieristica per documentare il processo assistenziale e misurare i risultati infermieristici
- Standardizzare il linguaggio e i comportamenti, garantire la continuità assistenziale, facilitare l'integrazione multi professionale



## IL MODELLO DI PRIMARY NURSING GROSSETO E REGGIO EMILIA : DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

di Lorenzo Cini e Cristina Landi - segue dalla pagina precedente

i 22

i 23

XI congresso provinciale ipasvi lucca

infermiere per lo sviluppo sostenibile

### La testimonianza di Grosseto

- Start up nel 2013
- OSPEDALICOINVOLTI: P.O.MISERICORDIA  
P.O.MASSAMARITTIMA  
P.O.ORBETELLOEPITIGLIANO P.O.CASTELDELPANO
- AREE INTERESSATE: area medica , chirurgica , terapie intensive e materno infantile.
- Livelli di responsabilita' multidisciplinari per funzioni di sostegno supporto monitoraggio verifica dei risultati e revisione ...
- PERSONALECOINVOLTO:(Infermieri e Oss )n°447



### La testimonianza di Grosseto

- All' interno di laboratori di setting creati nelle aree funzionali interessate dal progetto della presa in carico nei setting ospedalieri sono stati utilizzati manuali operativi e strumenti cartacei ed informatizzati per pianificare l' assistenza scindendo la parte gestionale clinica ed infermieristica
- Il fine di rendere misurabile l'operato dei sanitari ha permesso di razionalizzare le risorse disponibili ampliando il progetto di presa in carico



### Lo studio:

- E' stato condotto anche uno studio osservazionale in area medica per una valutazione di impatto e proposte di sviluppo
- Punti di forza :
  - Migliora l'assistenza alla persona
  - Permette di elaborare un piano assistenziale
  - Introduce la figura dell'Infermiere referente
  - Rende tracciabili gli interventi e gli esiti
- Punti di debolezza
  - Snellire la burocrazia
  - Non si integra con i tempi di attivita' del setting
  - Necessita di formazione continua




### La testimonianza di Reggio Emilia

I primi risultati :

La percezione degli infermieri e' stata positiva per la relazione instaurata con il paziente e la sua famiglia


- I pazienti si sono sentiti protetti
- I familiari sono rimasti piu' tranquilli vedendo i loro cari seguiti passo passo



### La testimonianza di Reggio Emilia

Il cammino percorso :

- La formazione 1
- Condivisione del significato di progettazione dell'assistenza e delle modalita' di nominazione dei problemi assistenziali
- Dichiarazione dei risultati attesi e degli indicatori di misurazione
- La formazione 2
- Esplicitazione degli interventi assistenziali possibili e appropriati
- Accordo sulle caratteristiche dello strumento per rendere evidente il processo di pensiero utilizzato



### La testimonianza di Reggio Emilia:

Attuazione :

- Contesto di applicazione: neurologia, oncologia
- Addestrare all' utilizzo del pensiero diagnostico mentre si da pratica attuazione alla presa in carico della persona e della sua famiglia secondo principi e modalita' del modello Primary Nursing nei setting laboratorio delle due aree interessate
- Una persona responsabile dell'assistenza erogata 24 ore su 24, 7 giorni su 7 attraverso la progettazione dell'assistenza
- Il ruolo del coordinatore : Attribuzione dei pazienti (secondo il Case method)
- Coaching/supporto nell'esplicitazione del pensiero diagnostico e nella capacita' di fare previsioni



Dott. Infermiere Lorenzo Cini  
Ospedale Versilia  
ASL Nord Ovest Toscana

Dott.ssa Infermiera Cristina Landi  
Ospedale Versilia  
ASL Nord Ovest Toscana







# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

di Laura Bertolotti

i 24

i 25

XI congresso provinciale ipasvi lucca

**MODELLI ORGANIZZATIVI DELL' ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

In questa relazione **Laura Bertolotti** ha messo a confronto i Modelli Organizzativi Assistenziali col Primary Nursing, focalizzando l'attenzione sui punti di forza e i punti di debolezza.

**PERCHE' PENSARE A NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI?**

La ricerca continua di nuovi mod. org. nasce dalla necessità di conciliare due esigenze diverse: **sostenibilità del S.S.N. e risposta appropriata ai nuovi bisogni assistenziali**

incremento dei bisogni di salute e della domanda di servizi, determinati dall'aumento delle patologie cronico-degenerative, dall'invecchiamento della popolazione e dalle molteplici forme di fragilità

Ogni organizzazione ha in sé gli stessi quattro elementi ma definiti in modo differente; e' come prendere un caleidoscopio, farlo girare e vedere come tutto cambia al suo interno.

**CONTENUTI**

- ELEMENTI CHE COSTITUISCONO UN MODELLO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO
- I MODELLI
- ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI A
- CONFRONTO CON IL MODELLO PRIMARY NURSING
- PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DEL MODELLO PRIMARY NURSING

**LA NORMATIVA ITALIANA**

Profilo professionale 739/94  
L. 251/2000 "disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche" sottolinca che  
"il Ministero della Sanità ... emana linee guida per ... la **REVISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO, INCENTIVANDO MODELLI DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA**"

MINISTERO DELLA SANITA' E' ANNESSO ALLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTIERE E MILITARI, 2008

Il funzionamento delle organizzazioni complesse si richiama a:  
modelli organizzativi orientati al tecnicismo:  
modello funzionale o per compiti.  
modelli organizzativi orientati alla professionalità:  
mod. per piccole equipe, mod primary nursing, case management.

**MODELLI AD ORIENTAMENTO DI TIPO PROFESSIONALE**

**CARATTERISTICHE**

- valorizzazione delle competenze professionali: i professionisti devono essere in grado di ricercare e scegliere autonomamente le modalità operative
- capacità di gestione delle risorse allo scopo di ottenere risultati coerenti con la domanda di salute dei pazienti.
- il professionista adatta il proprio agire in rapporto ai risultati da ottenere.
- ruolo partecipativo / attivo del professionista .
- il modello richiede al professionista sicurezza e senso di responsabilità

**MODELLO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO**

- Sistema di erogazione delle cure, che deve soddisfare sia le esigenze dei sistemi sanitari che l'evoluzione dei bisogni degli utenti.
- Rappresenta la modalità con la quale un'organizzazione agisce sulla realtà.
- Fornisce indicazioni su come operare, suddividere e organizzare sia il lavoro infermieristico che quello di supporto.

**RESPONSABILITA' ASSEGNAZIONE DEL LAVORO COMUNICAZIONE MANAGEMENT**

**Quando questi quattro elementi sono chiaramente definiti, un sistema di erogazione può funzionare efficientemente ed efficacemente**

**MODELLI AD ORIENTAMENTO DI TIPO TECNICO**

**CARATTERISTICHE:**

- scomposizione delle attività in processi operativi chiari e dettagliati.
- definizione dettagliata delle modalità di svolgimento delle attività e dei criteri di decisione.
- utilizzo delle persone in ruoli esecutivi.
- integrazione tra i diversi compiti demandata a figure di coordinamento

**NON ESISTE CONTRAPPOSIZIONE ASSOLUTA TRA I DUE MODELLI**

**POSSONO E DEVONO CONVIVERE**

**PRIMARY NURSING**

- Sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere (Primary Nurse) assume la responsabilità dell'erogazione di tutta l'assistenza richiesta da un determinato gruppo di pazienti ( 4-6 ) di cui si prende cura globalmente e ne diventa il principale referente per tutta la durata dell'ospedalizzazione.
- Principio organizzativo: responsabilizzazione personale nel rispetto dell'autonomia.

infermieri per lo sviluppo sostenibile





# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

di Laura Bertolotti - segue dalle pagine precedenti

### CASE MANAGEMENT

- Sistema in cui un professionista (Case Manager) assume il ruolo di gestore del singolo caso diventando la figura di riferimento per il paziente, i familiari e gli operatori sanitari con la funzione di spiegare il percorso, garantirne e coordinarne l'applicazione, aiutare a superarne i punti critici.
- Principio organizzativo: responsabilizzazione professionale rispetto alla globalità del percorso assistenziale.

Evolution of the profession: comparison between

IPASVI	MODELLO FUNZIONALE	MODELLO PER FOLKLE	PRIMARY NURSING	CASE MANAGEMENT
<b>ESISTENZA</b>	Gruppi omogenei di singoli infermieri	Gruppi omogenei di gruppo	Prato in gruppi omogenei di un gruppo di pazienti	Continuo del lavoro con struttura fissa di riferimento
<b>LA RESPONSABILITÀ</b>	La capacità	Il team leader	Un' "Responsabile" (infermiere)	Un' responsabile (infermiere)
<b>LA DIVISIONE DEL LAVORO</b>	Per assegnazione di compiti	Per assegnazione di compiti	Per assegnazione di un sistema	Per assegnazione di pazienti
<b>COMUNICAZIONE</b>	Gerarchica la capacità di ricevere le consegne	Gerarchico/omogeneo team leader - team	Gerarchico - l'infermiere che le consegne ad un altro infermiere	Case manager - paziente - famiglia - altri operatori
<b>DOCUMENTI</b>	Libri della cartella infermiere di compiti	Cartelle e piani di assistenza individualizzati	Piani assistenziali individualizzati	Piani assistenziali individualizzati
<b>IMPATTO SULL'ASSISTENZA</b>	Alto, basandosi sulla capacità di lavoro del singolo infermiere	Alto, basandosi sulla capacità di lavoro del sistema infermiere	Controllato dalla capacità del Case Manager	Controllato dalla capacità del Case Manager
<b>QUALITÀ</b>	Possibilità di lavorare in autonomia	Possibilità di lavorare in autonomia	Modello orientato al processo	Modello orientato al processo

### CONCLUSIONI

Adottare il mod. Primary Nursing significa optare per un approccio culturale che punta sulla responsabilizzazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori per poter mantenere l'attenzione sull'appropriatezza quale criterio di valutazione.

### CONCLUSIONI

Questo comporta un cambiamento che deve essere considerato una dimensione strutturale del divenire piuttosto che un fenomeno occasionale, un'eccezione.



Dott.ssa Infermiera Laura Bertolotti  
Consigliere Collegio IPASVI di Lucca  
Responsabile dei Percorsi e Progetti Formativi  
Infermiera al Centro Diurno per Anziani "Il Girasole"  
Porcari - Lucca



# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING IL MODELLO DEL CASE MANAGEMENT IN SALUTE MENTALE

di Beatrice Bianucci, Stefania Dinucci e Giovanna Vettori

Stefania Dinucci ha relazionato, coadiuvata da Beatrice Bianucci e Giovanna Vettori, sul ruolo dell'Infermiere Coordinatore nell'ambito della Salute Mentale, mettendo in evidenza l'importanza dell'Integrazione, della Continuità Assistenziale e della figura del Case Manager.

### Il modello del case management in salute mentale

Bianucci Beatrice  
Dinucci Stefania  
Vettori Giovanna

### Soggetti affetti da disturbi psicotici:

- Paura della relazione
- Diffidenza
- Negano il bisogno



### Case Manager:

- Presa in carico
- Maggiore protezione per il paziente
- Gestione più attiva del caso stesso

### Equipe:

- Clinico terapeutica
- Assistenziale
- Integrazione dell'approccio multiprofessionale
- Intermediazione
- Sociale

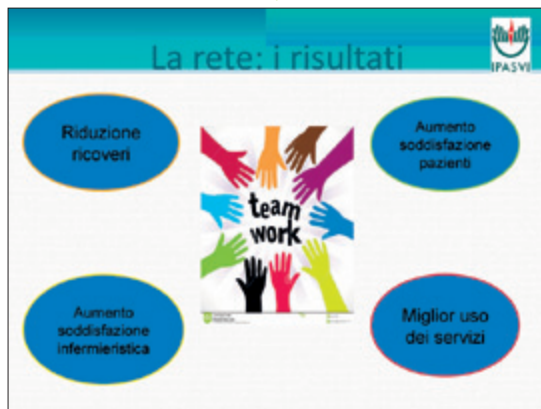
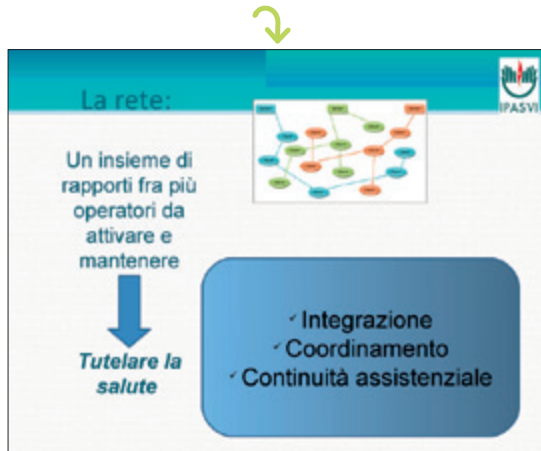




# IL MODELLO DI PRIMARY NURSING IL MODELLO DEL CASE MANAGEMENT IN SALUTE MENTALE

di Beatrice Bianucci, Stefania Dinucci e Giovanna Vettori - segue dalla pagina precedente

XI congresso provinciale ipasvi lucca



Dott.ssa Stefania Dinucci  
Infermiera Coordinatrice Salute Mentale  
Area Territoriale Lucca - ASL Nord Ovest Toscana

Dott.ssa Infermiera Beatrice Bianucci  
Area Territoriale Lucca  
ASL Nord Ovest Toscana

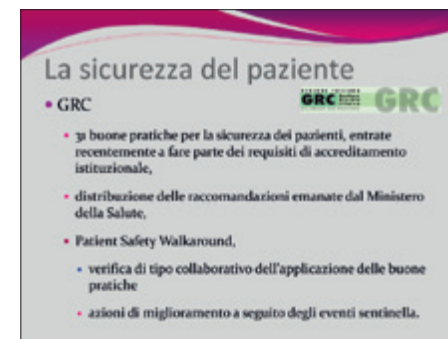
Dott.ssa Infermiera Giovanna Vettori  
Area Territoriale Lucca  
ASL Nord Ovest Toscana



# LE BUONE PRATICHE NELL'AMBITO TERRITORIALE LUCCA

di Mariapaola Bertolini

infermieri per lo sviluppo sostenibile



Mariapaola Bertolini ha relazionato sulle misure Ministeriali per la Sicurezza del Paziente e sulla verifica nell'applicazione della Buone Pratiche Regionali.











LE BUONE PRATICHE NELL'AMBITO TERRITORIALE LUCCA

di Maria Paola Bertolini - segue dalle pagine precedenti

i 32

i 33

XI congresso provinciale ipasvi lucca

infermieri per lo sviluppo sostenibile

**Risultati verifica 2015**

**Rischio caduta**

- Scheda Retos presente ma solo pagina 1, manca pagina 2 in cui sono elencate le azioni di prevenzione del rischio da attuare in base allo score --> aggiungere pagina 2 in cartella clinica
- Introduzione scheda in terapia subintensiva
- Scheda SAP «modificata» - una per setting
- Pubblicazione procedura aziendale Lucca

**Risultati verifica 2015**

**Check List sala operatoria**

- Due modelli diversi in uso
- Fotocopie molto mal leggibili
- Mancanza spazio per la firma dei compilatori

**Check List percorso chirurgico**

- Due modelli diversi in uso
- Una compendiate la fase postoperatoria
- Fase postoperatoria «mal» compilata

**Dove stiamo andando ...**

**WORK IN PROGRESS**

- PEWS - PEWS
- Prevenzione cadute in pediatria

**2015... 2016 .....**

- Corretta Applicazione Procedure (EBM/EBN per la qualità delle cure
- Valore Etico dei professionisti
- Criteri di valutazione della responsabilità Professionale
- Requisiti di Accredimento
- Obiettivi di Budget

**KEEP CALM AND CARRY ON**

**Risultati verifica 2015**

**TVP Rischio tromboembolico**

- Nei casi in cui c'è la preospedalizzazione spesso sono presenti due schede di valutazione TVP - una preosped e una all'ingresso in reparto con due punteggi finali diversi
- Aggiornamento con focus su criteri di valutazione del rischio

**Risultati verifica 2015**

**CVC Gestione CVC**

- Il numero di cartelle pertinenti si è rilevato modesto
- Valutazione su casi selezionati previa estrazione numeri nosologici di almeno 25 cartelle in cui vi è registrazione dell'utilizzo di CVC

**Dove stiamo andando ...**

**CERCASI VOLONTARI**

- VAP - Prevenzione VAP (polmonite associata ventilazione)
- Riconciliazione delle terapie
- Comunicazione difficile

**2017 ???????**

**La nuova responsabilità sanitaria: Legge Gelli (Legge 24/2017) in vigore al 1° aprile 2017**

- Art. 5
- .....Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida .....

**Risultati verifica 2015**

**STU Scheda terapeutica unica**

- Chiarezza e leggibilità della prescrizione, risultata in linea generale sufficiente anche se migliorabile
- Focus formativo su tracciabilità prescrizione e somministrazione dei farmaci
- Mancanza della firma di convalida giornaliera della prescrizione
- Presenza di simboli non codificati
- Non indicato motivo della non somministrazione

**Dove stiamo andando ...**

**WORK IN PROGRESS**

- CVC - Utilizzo CVC
- Check list di sala operatoria
- Handover
- Prevenzione degli errori da interruzione

**Dove stiamo andando ...**

**Coinvolgimento dell'utente**

**OCCHIO ALLA TERAPIA**

CARTOON PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - Occhio alla terapia

YouTube GRC

**2017 ???????**

**Per il futuro.....**

- Applicazione modello in Azienda UsI Toscana Nord Ovest.....
- Verifica attraverso Cartella Integrata Informatizzata C7

Dott.ssa Infermiera Mariapaola Bertolini  
Responsabile Infermieristico Buone Pratiche e Qualità  
ASL Nord Ovest Toscana







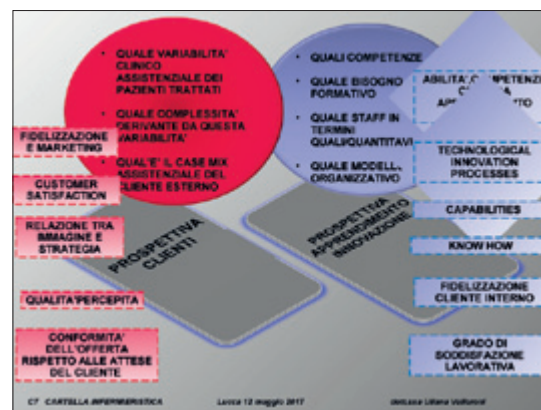
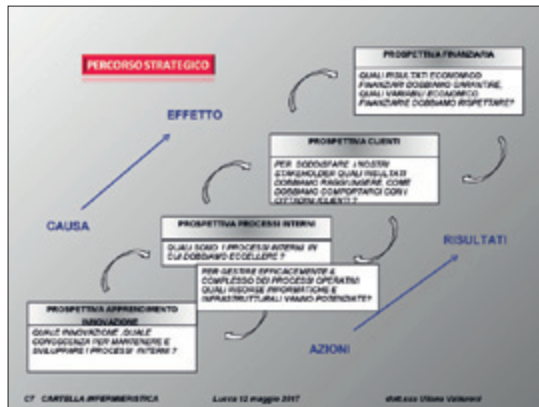
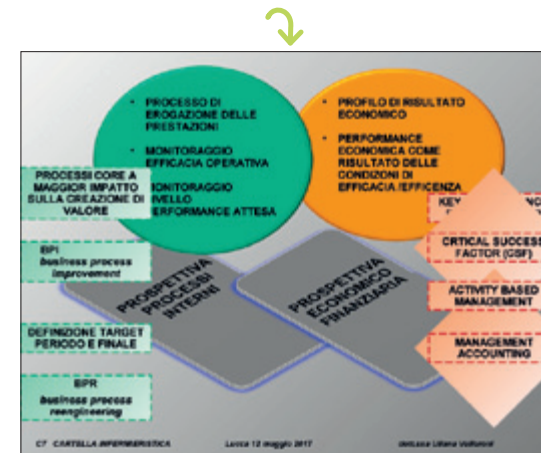
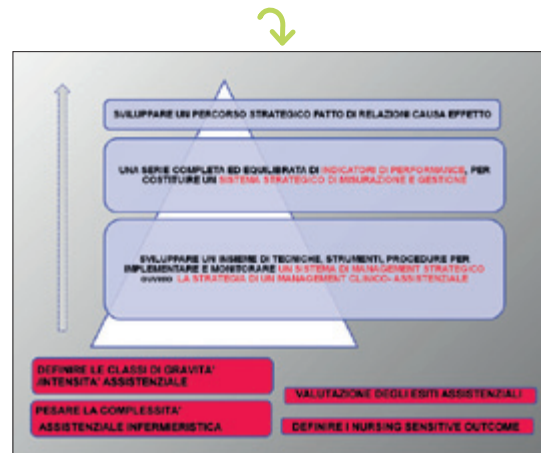
# LA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA AZIENDALE

di *Uliana Valleroni* - segue dalle pagine precedenti

i 36

i 37

XI congresso provinciale ipasvi lucca



infermiere per lo sviluppo sostenibile

Dott.ssa Infermiera *Uliana Valleroni*  
Coordinamento Assistenza Infermieristica  
Processi Gestionali  
Direzione Infermieristica Ospedale Versilia  
ASL Nord Ovest Toscana





## SEGRETERIA DEL COLLEGIO

via Viaccia I, n.140 - S. ANNA  
55100 LUCCA

Lunedì e Giovedì *per contatti telefonici:*  
ore 10 - 12

Mercoledì *sportello aperto al pubblico:*  
ore 8,30 - 12,30  
Giovedì ore 15,30 - 18,30

*tel. + fax* 0583 419114  
*cell. TIM* 334 7853928

*sito web* [www.ipasvi.lucca.it](http://www.ipasvi.lucca.it)

*e-mail:*  
per **Informazioni** [info@ipasvi.lucca.it](mailto:info@ipasvi.lucca.it)  
per la **Segreteria** [segreteria@ipasvi.lucca.it](mailto:segreteria@ipasvi.lucca.it)  
per la **Rivista** [redazione@ipasvi.lucca.it](mailto:redazione@ipasvi.lucca.it)  
per la **Tesoreria** [amministrazione@ipasvi.lucca.it](mailto:amministrazione@ipasvi.lucca.it)  
per la **Presidente** [presidenza@ipasvi.lucca.it](mailto:presidenza@ipasvi.lucca.it)  
casella **PEC** [lucca@ipasvi.legalmail.it](mailto:lucca@ipasvi.legalmail.it)

*per informazioni, quesiti e richieste di appuntamento  
utilizzare l'indirizzo di posta elettronica*  
**[info@ipasvi.lucca.it](mailto:info@ipasvi.lucca.it)**

**ATTENZIONE:**  
sono state disattivate le caselle di posta elettronica  
[lucca@ipasvi.it](mailto:lucca@ipasvi.it) e [ipasvilu@tin.it](mailto:ipasvilu@tin.it)